

診 療 情 報 提 供 書

(練馬区介護老人保健施設共用)

ふりがな		生 年 月 日		年齢																																																		
氏 名		様 (男・女)		明治・大正・昭和 年 月 日 (歳)																																																		
#1 現在治療中の疾患及び状態 発症年月			血液検査																																																			
			<検査日 H・R 年 月 日> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse; margin-top: 5px;"> <tr><td>WBC</td><td></td><td>LDL-cho</td><td></td></tr> <tr><td>RBC</td><td></td><td>HDL-cho</td><td></td></tr> <tr><td>Hb</td><td></td><td>TG</td><td></td></tr> <tr><td>Ht</td><td></td><td>UA</td><td></td></tr> <tr><td>Plt</td><td></td><td>BUN</td><td></td></tr> <tr><td>TP</td><td></td><td>Crea</td><td></td></tr> <tr><td>Alb</td><td></td><td>Na</td><td></td></tr> <tr><td>T-Bil</td><td></td><td>K</td><td></td></tr> <tr><td>GOT</td><td></td><td>Cl</td><td></td></tr> <tr><td>GPT</td><td></td><td>CRP</td><td></td></tr> <tr><td>Al-p</td><td></td><td>HbA1C</td><td></td></tr> <tr><td>γ-GTP</td><td></td><td>FBS</td><td></td></tr> <tr><td colspan="2">PT-INR(ワーファリン服用時のみ)</td><td colspan="2"></td></tr> </table>			WBC		LDL-cho		RBC		HDL-cho		Hb		TG		Ht		UA		Plt		BUN		TP		Crea		Alb		Na		T-Bil		K		GOT		Cl		GPT		CRP		Al-p		HbA1C		γ-GTP		FBS		PT-INR(ワーファリン服用時のみ)
WBC		LDL-cho																																																				
RBC		HDL-cho																																																				
Hb		TG																																																				
Ht		UA																																																				
Plt		BUN																																																				
TP		Crea																																																				
Alb		Na																																																				
T-Bil		K																																																				
GOT		Cl																																																				
GPT		CRP																																																				
Al-p		HbA1C																																																				
γ-GTP		FBS																																																				
PT-INR(ワーファリン服用時のみ)																																																						
#2 現在処方されている 内服薬及び薬剤(外用薬他含む) ※他医療機関からの処方についても記載をお願いします。																																																						
※インシュリン自己注射 無・有 (単位)																																																						
#3 主な既往歴																																																						
※結核の既往 無・有																																																						
身長 cm 体重 kg		検 糖 (- ± +)																																																				
血压 / mmHg		尿 蛋白 (- ± +)																																																				
		潜血 (- ± +)																																																				
胸部 X 線  撮影日 H・R 年 月 日		心電図 1.異常なし 2.異常あり (所見) 1.異常なし 2.異常あり ※コピー添付 検査日 H・R 年 月 日		◆ 特記事項 (項目にない事柄は、こちらにお書き添えください。)																																																		
感染症等		MRSA (- +) 咽頭・その他()		アレルギー (食物) 有・無 (薬)																																																		
		B型肝炎(抗原) (- +) (抗体) (- +)		皮膚疾患 (- +) 疥癬 (- +)																																																		
		C型肝炎(抗体) (- +) 検査日 H・R 年 月 日		梅毒 TPHA (- +) RPR (- +)																																																		
上記のとおり証明します。			医療機関名																																																			
			住 所																																																			
令和 年 月 日			電話番号																																																			
			医 師 名																																																			
			印																																																			

※ 各項目3ヶ月以内の情報をご記入戴けますようお願い申し上げます。