**診療情報提供書**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 氏名：　 | 生年月日：　　　年　　月　　日 | 年齢：　　　歳 | 性別：☐男　☐女　 |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 診断名 | 発病年月日 | 診断名 | 発病年月日 |
|  | 年　　月　　日 |  | 年　　月　　日 |
|  | 年　　月　　日 |  | 年　　月　　日 |
|  | 年　　月　　日 |  | 年　　月　　日 |
|  | 年　　月　　日 |  | 年　　月　　日 |
|  | 年　　月　　日 |  | 年　　月　　日 |
| 利用に至る経過、特記事項、療養上の注意、要望など |
| 検査所見（胸部レ線・心電図については1年以内、血液検査については直近のもの）□胸部レ線（撮影日　　　　年　　月　　日）　　　　　　□心電図（検査日　　　　年　　月　　日）＊コピーを添付してください　　　○CTR 　 % ○異常なし　○異常あり□血液検査（検査日　　　年　　月　　日）＊PT、TSH、FT4、HbA1cについては必要な方のみで結構です

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| WBC /μl | TP g/dl | T-Cho mg/dl | Cl mEq/l | HBsAg ( ) |
| RBC 万/μl | alb g/dl | TG mg/dl | UA mg/dl | HCVAb ( ) |
| Hb g/dl | T-bil mg/dl | HDL-Cho mg/dl | Glu mg/dl | RPR ( ) |
| Ht. % | AlP IU/L | LDL-Cho mg/dl | HbA1c % |  |
| Plt. 万/μl | γ-GTP IU/L | BUN mg/dl | TSH μU/ml |  |
| PT % | AST IU/L | Cre mg/dl | FT4 ng/dl |  |
| PT-INR | ALT IU/L | Na mEq/l |  |  |
| CRP mg/dl | ChE IU/L | K mEq/l |  |  |

 |

|  |
| --- |
| 使用中の薬剤（規格・点眼・外用についても記載をお願いします）※処方箋コピー添付でも可 |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |

年　　　　月　　　　日

宮崎江南病院附属介護老人保健施設　　　　　　　　　　　　　　医療機関（施設）名

　　　　　　　　　施設長　　　宛

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　担当医師名