

診療情報提供書

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

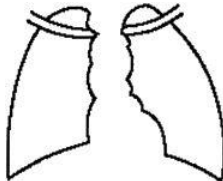
診断名	発病年月日	診断名	発病年月日
	年 月 日		年 月 日
	年 月 日		年 月 日
	年 月 日		年 月 日
	年 月 日		年 月 日
	年 月 日		年 月 日

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