診療情報提供書

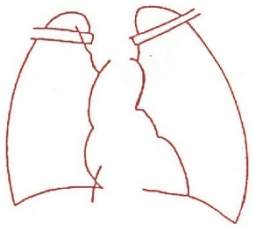
介護老人保健施設　にじの丘足柄
□短期入所　　□一般入所

氏名		□大正　□昭和　　年　　月　　日生（　　）歳	
住所	〒　　－	電話　　－　　－	
傷病名			
既往歴			
経過			
治療（服薬等）			

検査結果　検査結果はおよそ6ヶ月以内（肝炎ウィルスやＴＰＨＡは5年以内）のものであれば結構です。基本健康診査等をご利用ください。　また主治医として健康管理上不要と判断される項目は空欄または不明として下さい。

血清総蛋白：　　g/dl　　アルブミン　　g/dl　　コレステロール：　　mg/dl
赤血球：　　×10^4/㎣　　Hb.：　　g/dl　　Ht.：　　%
血小板：　　×10^4/㎣　　白血球：　　/㎣　　CPR：　　mg/dl
血糖：　　mg/dl　　HbAlc：　　%　　BUN：　　mg/dl　　Cr.：　　mg/dl
Na：　　mE q/L　　K：　　mEq/L　　Cl：　　mEq/L
AST（GOT）　　Ｉu/l　　ALT（GPT）　　Ｉu/l　　尿蛋白　（ ＋ ・ － ・ 不明 ）
HBs抗原　（ ＋ ・ － ・ 不明 ）HCV抗体　（ ＋ ・ － ・ 不明 ）TPHA　（ ＋ ・ － ・ 不明 ）
MRSA　（ ＋ ・ － ・ 不明 ）（ 咽頭 ・ 鼻腔 ・ 喀痰 ・ 便 ）　疥癬　（ ＋ ・ － ・ 不明 ）

胸部レントゲン
（　　年　　月　　日撮影）



所見

心電図検査
（　　年　　月　　日検査）
所見

その他の検査結果・特記事項等

上記の通り診断します。

年　　月　　日

医療機関名

所在地

電話　　FAX

医師名　　印