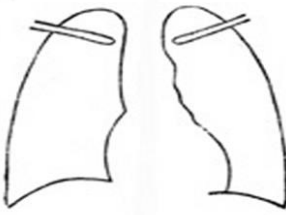


診療情報提供書 (入所 ・ 通所)

氏名	様 (男 ・ 女) 大正・昭和 年 月 日	才	
現病歴 ※現在の病状・治療内容(経過や予後含む)等について、なるべく詳しくご記入願います			
既往歴 ※入院・手術等を要した過去の傷病についてご記入願います			
胸部X-P所見 ※特に結核性病変の有無についてご記入願います 原則として、記入日の3ヶ月以内撮影分で見見願います		処方薬剤 ※現在の定期的な投薬(処方)内容をご記入願います	
		撮影年月日 H・R 年 月 日 (座位 ・ 仰位)	
		精神症状 ※認知症状が有る場合、その程度や具体的な状態をご記入願います 認知症：(有 ・ 無)	
心電図 ※異常の有無、及び特記すべき事項をご記入願います			
		特記事項 ※治療(療養)上の留意点、環境・家族背景等についてご記入願います	
感染症・血液型・血圧・脈拍・皮膚の状態等		医療機関名	
・MRSA (+ ・ -) ・HBs (+ ・ -) ・HCV (+ ・ -) ・Wa (+ ・ -) ・血液型 (Rh + ・ - / 型) ・血圧： / mmHg ・脈拍： 回/分 (整 ・ 不整) ・褥創 (有：部位 () ・ 無) ・疥癬 (有：部位 () ・ 無) ・発疹 (有：部位 () ・ 無) ・浮腫 (有：部位 () ・ 無)		所在地	
		Tel/Fax	
		担当医師名	
		印	