

診 療 情 報 提 供 書

(ケアハイツいたみ入所用)

氏 名	男 女	生年月日	M T S	年	月	日 ()
病名						
1. _____		年		月		日 発症
2. _____		年		月		日 発症
3. _____		年		月		日 発症
現病歴と加療の内容						
現処方						
既往歴						
入所・リハビリに関する留意点・ご意見等						

上記のとおり診断します。

年 月 日 医療機関名
住所・TEL
医師氏名

印

※現在治療中の疾病に関する各種検査の成績は裏面に記入または添付をお願いします。

検査成績記入または添付場所

心電図

胸部 X-P

撮影日 年 月 日

血液検査			感染症
H 年 月 日			H 年 月 日
WBC	LDH	Cl	HCV抗体 (+ -)
RBC	γ GTP	UA	HBs抗原 (+ -)
Hb	T.P.	TC	TPHA (+ -)
Ht	Alb.	FBS	その他 ()
Plt	BUN	尿所見 H 年 月 日	特記 ※ 疾患に糖尿病をお持ちの方は HbA1cのご記入もお願い致します
GOT	Cr	蛋白	
GPT	Na	糖	
ALP	K	潜血	

- 注
- * HCV抗体、HBs抗原、TPHAのデータは過去に実施していればそのデータでも結構です。
 - * 胸部X-Pはフィルムがあれば添付してください。
 - * 胸部X-P撮影不可能のケースで呼吸器症状を有しているときは喀痰検査を実施して下さい。
 - * 検査が不可能な場合はその理由を記入してください。