診 療 情 報 提 供 書

年　　月　　日

■紹介元医療機関(施設)
の所在地および名称

■電話番号

■FAX番号

■担当科　　科

■医師氏名　　印

利用希望者氏名		性別	男 ・ 女
生 年 月 日	明 ・ 大 ・ 昭　　年　　月　　日 生　（　　歳）		

傷病名	
既往歴	

病状経過および治療経過	現在の処方

検 査 結 果

【 胸部X線所見 】

年　　月　　日

【 心電図所見 】

血液型　ABO式(　　), Rh式(　　)

血圧　　/　　mmHG

【 血液検査 】

WBC	/UL	GOT	IU/l
RBC	X10 /ul	GPT	IU/l
Hb	g/dl	γ-GTP	IU/l
Ht	%	Na	mEq/l
PLT	X10 /ul	K	mEq/l
TP	g/dl	FBS	mg/dl
ALB	g/dl	CRP	mg/dl
T-CHO	mg/dl	HbA1C	%
TG	mg/dl	尿蛋白	
Cr	mg/dl	尿糖	
BUN	mg/dl	尿潜血	
U-A	mg/dl	尿ウロビリ	

【 感染症 】

HBs抗原　(＋ ・ －)

HCV抗体　(＋ ・ －)

TPHA　(＋ ・ －)

皮膚疾患　無
有(　　)

疥癬　(無 ・ 有)