

# 診療情報提供書

(介護老人保健施設グリーンコート三愛)

氏名 \_\_\_\_\_ 様 (男・女) 生年月日 M・T・S \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日 ( \_\_\_\_\_ 歳)

現病名	1) _____	3) _____
	2) _____	4) _____
臨床経過		
既往歴	1) _____ 年 _____ 月	4) _____ 年 _____ 月
	2) _____ 年 _____ 月	5) _____ 年 _____ 月
	3) _____ 年 _____ 月	6) _____ 年 _____ 月
検査所見	感染症 HB抗原 ( - + 未 ) HCV抗体 ( - + 未 ) W氏 ( - + 未 ) MRSA ( - + 未 ) ツ反 ( - + 未 ) その他 ( - + 未 )	
	血液検査 WBC ( ) RBC ( ) Hb ( ) T・P ( ) GOT ( ) GPT ( ) BUN ( ) Cr ( ) Na ( ) K ( ) Cl ( ) その他 ( ) 血液型 ( A B O AB ) Rh ( + - ) 血糖値 ( )	
	胸部X線 異常あり・なし 所見：	
	心電図 異常あり・なし 所見：	
	血圧 ( / )	
	【採血日 _____ 年 _____ 月 _____ 日】	

処方内容：

平成 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日

住 所：

医療機関：

医師氏名：

印