

診療情報提供書

氏名	フリガナ	男 ・ 女	生年月日 明・大・昭 年 月 日 年齢 歳
現住所	〒 Tel () -		
既往症 及び発症の 年月日		
理学的所見		
身長	c m	体重	k g
視力	良 ・ やや不良 ・ 不良	皮膚疾患	無 (疥癬 + ・ -)
聴力	良 ・ やや不良 ・ 不良		有 (その他)
検尿	糖 (+ ・ -)	蛋白 (+ ・ -)	潜血 (+ ・ -)
血液検査	A S T (G O T) () IU/L 血 糖 () mg/dl A L T (G P T) () IU/L H b A 1 C () % γ - G T P () IU/L 白 血 球 数 () /mm 総コレステロール () mg/dl 赤 血 球 数 () 万/mm H D L () mg/dl ヘ モ グ ロ ビ ン () g/dl 中 性 脂 肪 () mg/dl ヘ マ ト ク リ ッ ト () % 総 ビ リ ル ビ ン () mg/dl 血 小 板 数 () 万/mm 尿 酸 () mg/dl ク ロ ー ル () mEq/l 尿 素 窒 素 () mg/dl ナ ト リ ウ ム () mEq/l ク レ ア チ ニ ン () mg/dl カ リ ウ ム () mEq/l 血 清 総 蛋 白 () g/dl H B s 抗 原 (+ ・ -) C R P () mg/dl H C V 抗 体 (+ ・ -) ※感染症検査及び血液検査結果につきましては、 結果表(写)を添付してください。 M R S A (+ ・ -) 喀痰 ・ 鼻腔 ・ 尿		
その他の伝染性疾患			
褥創	無 ・ 有 (程度： 大 中 小 位置： 右上に図示)		
介護度	申請中 自立 要支援 要介護 (1 2 3 4 5)		
精神の状態	障害自立度	J 1 J 2 A 1 A 2 B 1 B 2 C 1 C 2	
	認知症自立度	正常 I II a II b III a III b IV M	
	問題行動等 特記事項	(具体的に)	

心身障害の認定 障害名 () 障害の程度 ()
 大正・昭和・平成 年 月 日 (推定・不詳)

四肢運動障害

四肢欠損 / 痺 褥創等の皮膚疾患
 筋力の低下 拘 縮

X線写真所見

(直接・間接) 撮影

平成 年 月 日 撮影
 (レントゲンフィルムはなるべく添付)

心電図

(心電図はなるべく添付)

その他検査及び特記事項

現症に対する総合所見

・ 現疾患名 _____

・ 治療の内容 _____

・ 処方の内容 _____

上記のとおり診断します。

年 月 日 医療機関名 住所名 医師名 印