

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