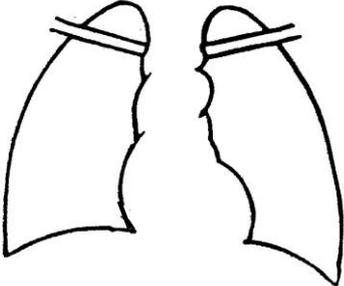


- 診断書  
 診療情報提供書

氏名	フリガナ	男女	生年月日 明・大・昭 年 月 日 歳
傷病名	(1) 発症年月日(昭和・平成) 年 月 日) (2) 発症年月日(昭和・平成) 年 月 日) (3) 発症年月日(昭和・平成) 年 月 日)		
傷病の経過・治療内容  定期的な処方・その他外用		既往歴 (1) (2) (3)	
胸部X線	検査日 年 月 日 右 左 	心電図	検査日 年 月 日 身長 cm 体重 kg 血圧 mmHg 禁忌・アレルギー
血液検査所見	検査日 年 月 日	WBC RBC Hb Ht Plt	AST ALT γ-GTP ALP TP Alb TG T-cho LDL BUN Cre Na K BS HbA1c その他
尿検査所見	検査日 年 月 日 糖 ( ) 蛋白 ( ) 潜血 ( )	既知の感染症	
身体の状態 麻痺 ( - + ) 部位 失調不随意運動 ( - + ) 部位 疥癬 ( - + ) 部位 関節拘縮 ( - + ) 部位 褥瘡 ( - + ) 部位 その他特記 筋力低下 ( - + ) 部位 皮膚疾患 ( - + ) 部位			
障害老人自立度	<input type="checkbox"/> 正常 <input type="checkbox"/> J1 <input type="checkbox"/> J2 <input type="checkbox"/> A1 <input type="checkbox"/> A2 <input type="checkbox"/> B1 <input type="checkbox"/> B2 <input type="checkbox"/> C1 <input type="checkbox"/> C2		
認知症老人自立度	<input type="checkbox"/> 正常 <input type="checkbox"/> I <input type="checkbox"/> II a <input type="checkbox"/> II b <input type="checkbox"/> III a <input type="checkbox"/> III b <input type="checkbox"/> IV <input type="checkbox"/> M		
上記の通り診断 診療情報提供します			
平成 年 月 日		住所 _____	
		医療機関名 _____	
		医師名 _____	
		tel	fax

注 ①胸部X線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。  
 ②胸部X線撮影及び心電図検査が不可能な場合は、その理由を記入して下さい。