

診療情報提供書

老人保健施設さざなみ苑
 TEL 0823 (50) 0688
 FAX 0823 (50) 0689

氏名		男・女	明・大・昭	年	月	日
住所	TEL					

診断名 1	発症年月日	年	月	日
2	発症年月日	年	月	日
3	発症年月日	年	月	日
4	発症年月日	年	月	日

現症及び 治療経過	
--------------	--

現在の処方	
-------	--

既往歴	
-----	--

問題行動 (精神状態等)	
-----------------	--

(※) 誠に恐縮ですが、下記の検査結果は既存の検査でわかっている範囲内で結構ですので、ご記載よろしくお願ひ申し上げます。当施設へ入所するための判定資料にさせていただきます。

【検査結果】	検査日 (月/日)	身長	体重	血圧	/	脈拍
検尿 (/)		蛋白	糖	ウロビリノーゲン		潜血
血液一般 (/)		WBC	RBC	Hb	Ht	Plt
生化学 (/)						
TP	Alb	T-Chol	TG	HDL		LDL
AST	ALT	LDH	ALP	UA		BUN
Cr	eGFR	Na	K	Cl		FBS
HbA _{1c}	CRP					

心電図 (/)	感染症	胸部レントゲン所見 (/)
-----------	-----	-----------------



CTR= %

その他注意事項	
---------	--

頭書の者の健康状態は上記の如くです。	年	月	日
所在地			
医療機関			
医師氏名			