

診療情報提供書

フリガナ		性別				
氏名		男・女	生年月日	年 月 日 (歳)		
住所	〒 —		身長	cm	体重 kg	
診断名 及び 既往歴						
症状経過						
現在の処方						
血液検査(年 月 日実施)						
TP	g/ dl	クレアチン	mg/dl	WBC	/ul	Hbs抗原
GOT	IU /I	Na	mEq/I	RBC	万	Wa-R
GPT	IU /I	K	mEq/I	Hb	g/dl	FBS
BUN	mg /dl	CI	mEq/I	Ht	%	Hb-alc
皮膚疾患	有・無 ()		感染症	有・無 ()		
【胸部X線】	年 月 日		【心電図】	年 月 日		
食事内容	1.普通食		アレルギー	有り ()		
	2.他形態()			無し		

上記の通り診断します。 ※かかりつけ医又は入院先の病院の書式でもかまいません。

作成年月日 年 月 日

医療機関名

担当医師名

⑩