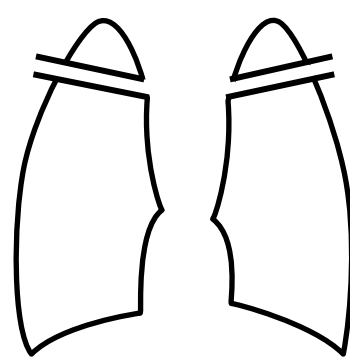


診療情報提供書

社会福祉法人 幸聖福祉会 藤ミレニアム
 〒531-0073 大阪市北区本庄西2-6-15
 電話番号 06-6371-6233 FAX番号 06-6371-6244

フリガナ		男・女	生年月日	明・大・昭 年 月 日 ()歳		
氏名						
住所						
現病歴	既往歴					
現在・内服している薬品名	禁忌薬剤(なし / あり())		体温・血圧・脈拍	体温 () 血圧 (/) 脈拍 ()		
			アレルギー	(- / +)+の場合内容記載		
感染症の有無	TPHA	(- / +)	皮膚疾患	疥癬 (- / +)		
	HCV	(- / +)		褥瘡 (- / +)		
	HBs	(- / +)		褥瘡あれば部位		
	MRSA	(- / +)		その他皮膚疾患 (- / +)		
MRSA検出部位		(鼻腔・咽頭・喀痰)		特記事項:		
四肢運動機能障害						
精神の状況	認知症(無・有)(軽・中・重) BPSD(無・有)(内容) 特記事項:		X線所見			
体格	身長()cm 体重()kg		 平成 年 月 日撮影 ※可能な限り写真の添付をお願いします。			
血液検査	白血球数	() × 10 ³ /mm ³			ナトリウム	() mEq/dl
	赤血球数	() × 10 ⁶ /mm ³			カリウム	() mEq/dl
	血色素量	() g/dl			カルシウム	() mg/dl
	ヘマトクリット	() %			血清蛋白	() mg/dl
	血小板数	() × 10 ³ /mm ³			血清アルブミン	() g/dl
	AST	() μ/l			CRP	() mg/dl
	ALT	() μ/l			血糖値	() mg/dl
	尿素窒素	() mg/dl			HbA1c	() %
	クレアチニン	() mg/dl			※HbA1cは糖尿病の方のみ	
	※その他 病名に関連する所見があれば添付願います。				心電図	
尿検査	蛋白	(- ± + ++ +++)	備考			
	糖	(- ± + ++ +++)				
	潜血	(- ± + ++ +++)				

上記のとおり診断します

平成 年 月 日

医療機関名
 住所
 電話
 医師