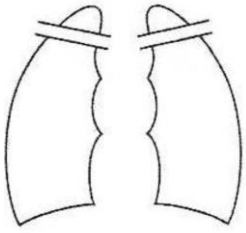


診 療 情 報 提 供 書

(練馬区介護老人保健施設共用)

フリガナ 氏名	生年月日	年齢 ()																																																				
#1現在治療中の疾患及び状態 発症年月	血液検査 (※検査用紙複写添付時は、記載不要)																																																					
<検査日 令和 年 月 日>																																																						
<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr><td style="width: 33%;">WBC</td><td style="width: 33%;"></td><td style="width: 33%;">LDL-cho</td><td></td></tr> <tr><td>RBC</td><td></td><td>HDL-cho</td><td></td></tr> <tr><td>Hb</td><td></td><td>TG</td><td></td></tr> <tr><td>Ht</td><td></td><td>UA</td><td></td></tr> <tr><td>Plt</td><td></td><td>BUN</td><td></td></tr> <tr><td>TP</td><td></td><td>Crea</td><td></td></tr> <tr><td>Alb</td><td></td><td>Na</td><td></td></tr> <tr><td>T-Bil</td><td></td><td>K</td><td></td></tr> <tr><td>GOT</td><td></td><td>Cl</td><td></td></tr> <tr><td>GPT</td><td></td><td>CRP</td><td></td></tr> <tr><td>Al-p</td><td></td><td>HbA1C</td><td></td></tr> <tr><td>r-GTP</td><td></td><td>FBS</td><td></td></tr> <tr><td colspan="4">PT-INR(ワーファリン服用時のみ)</td></tr> </table>			WBC		LDL-cho		RBC		HDL-cho		Hb		TG		Ht		UA		Plt		BUN		TP		Crea		Alb		Na		T-Bil		K		GOT		Cl		GPT		CRP		Al-p		HbA1C		r-GTP		FBS		PT-INR(ワーファリン服用時のみ)			
WBC		LDL-cho																																																				
RBC		HDL-cho																																																				
Hb		TG																																																				
Ht		UA																																																				
Plt		BUN																																																				
TP		Crea																																																				
Alb		Na																																																				
T-Bil		K																																																				
GOT		Cl																																																				
GPT		CRP																																																				
Al-p		HbA1C																																																				
r-GTP		FBS																																																				
PT-INR(ワーファリン服用時のみ)																																																						
#現在処方されている 内服薬および薬剤 (外用薬他含む) ※他医療機関からの処方についても記載をお願いします。	<input type="checkbox"/> 無 () 単位)																																																					
#主な既往歴	<input type="checkbox"/> 無																																																					
身長 cm 体重 kg	糖 ()																																																					
血压 / mmHg	検尿 蛋白 () 潜血 ()																																																					
<input type="checkbox"/> 1. 異常あり <input type="checkbox"/> 2. 異常なし <div style="text-align: center; margin: 10px 0;">  </div> 撮影日 令和 年 月 日	<input type="checkbox"/> 1. 異常あり <input type="checkbox"/> 2. 異常なし <input type="checkbox"/> *コピー添付 検査日 令和 年 月 日	◆ 特記事項 (項目にない事柄は、こちらにお書き添えください。)																																																				
胸部 X線 感染症等 MRSA () 咽頭・その他 () B型肝炎 (抗原・抗体) () C型肝炎 (抗体) () 検査日 令和 年 月 日	アレルギー (食物) <input type="checkbox"/> 無 (薬) 皮膚疾患 () 疥癬 () 梅毒 () <input type="checkbox"/> TPHA <input type="checkbox"/> RPR																																																					
上記のとおり証明します。 令和 年 月 日																																																						
医療機関名 住 所 電 話 番 号 医 師 名																																																						
印																																																						

※各項目3ヶ月以内の情報をご記入戴けますようお願い申し上げます。