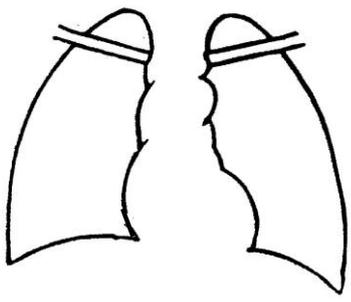


- 診断書
- 診療情報提供書

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	心電図	検査日 年 月 日
<div style="display: flex; justify-content: space-around;"> <div style="text-align: center;">右</div> <div style="text-align: center;">左</div> </div> 			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	AST	TP	BUN
RBC	ALT	Alb	Cre
Hb	γ-GTP	TG	Na
Ht	ALP	T-cho	K
Plt		LDL	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			
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。