

診療情報提供書

春日部ロイヤルケアセンター

フリガナ 氏 名	男・女			生年月日	明・大・昭 年 月 日 (歳)												
傷病名																	
既往歴 経 過																	
生活自立度	J (1・2) A (1・2) B (1・2) C (1・2)			認知度	I II (a・b) III (a・b) IV M												
身長	cm	体重	kg	胸部レントゲン検査	撮影日 年 月 日												
血圧	/	脈拍	/分	所見： 													
皮膚疾患	褥瘡 無・有																
	疥癬 無・有																
	その他																
心電図	所見：																
処方内容																	
検 査 項 目 ※下記の検査については、ご記入いただくかデータのコピーの添付で結構です																	
生化学		検査日	年	月	日	血液学		検査日	年	月	日	尿検査		検査日	年	月	日
TP ()	CR ()					白血球数 ()						ウロビリ ()	Ph ()				
ALB ()	UA ()					赤血球数 ()						ケトン体 ()	糖 ()				
A/G ()	Fe ()					血色素量 ()						潜血 ()	蛋白 ()				
T-Bil ()	Na ()					Ht ()						尿沈査 ()					
ALP ()	K ()					血小板数 ()											
GOT ()	Cl ()					免疫学		検査日	年	月	日	MRSA		検査日	年	月	日
GPT ()	血糖 ()					RPR ()						検査部位：					
γ-GTP ()	Tcho ()					抗TP抗体 ()						－・＋ ()					
LDH ()	TG ()					HBs抗原 ()						糖尿病の場合		検査日	年	月	日
BUN ()	CRP定量 ()					HCV抗体 ()						HbA1c ()					
上記のとおり診断いたします。 令和 年 月 日 所在地 医療機関名 電話番号 医師名 印																	