診療情報提供書

ふりがな		性別	男・女	生年月日（満　　歳）
氏名				M・T・S　年　月　日
住所	（　　－　　）			
	電話（　　）　　－			

身長　　体重

cm　　kg

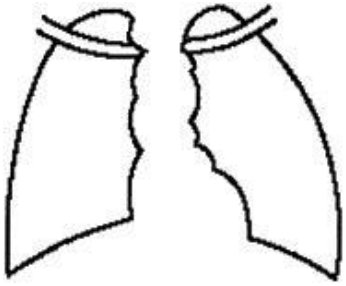
傷病名

既往歴及び家族歴の特記事項

症状経過・検査結果・治療経過

胸部X線

異常　有・無（　　）



平成　　年　　月　　日

現在の処方	

血液検査結果

HBs抗原（＋・－）　TPHA定性（＋・－）　HCV抗体（＋・－）

MRSA　既往　有・無（　　年　　月頃発症・不明）（部位：喀痰・尿・褥瘡・その他）

結核　既往　有・無（　　年　　月頃発症・不明）　ヘモグロビン値（　　）　月　日

疥癬　既往　有・無（　　年　　月頃発症・不明）　アルブミン値　（　　）　月　日

上記の通り報告致します。

平成　　年　　月　　日

所　在　地

医療機関名　　科

医　師　名　　印