


診療情報提供書

行田中央総合病院
診療担当医師 宛

年 月 日

施設名
医師氏名 印
所在地
電話番号

患者	氏名	様	男・女
	生年月日	明治・大正・昭和 年 月 日	生 ()歳
	住所		

○診断名及び発症年月日	
1,	(年 月 日)
2,	(年 月 日)
3,	(年 月 日)
4,	(年 月 日)
5,	(年 月 日)
○障害の直接の原因となっている疾病の診断根拠と経過	
○既往歴（発症年月日もご記入下さい）	
薬剤アレルギー（無・有）	
○胸部 X 線所見	令和 年 月 日
	
○感染症	令和 年 月 日
梅毒血清反応	ガラス板法(+ ・ -) RPR 法 (+ ・ -) TPHA 法 (+ ・ -)
HBs 抗原	(+ ・ -)
HBs 抗体	(+ ・ -)
HCV 抗体	(+ ・ -)
MRSA	(+ ・ -) (部位)
疥癬	(+ ・ -) (既往症 ・ 現症)

○尿検査		令和 年 月 日					
蛋白		()					
糖		()					
潜血		()					
○血液検査		令和 年 月 日					
赤血球数	Hb	Ht	白血球数	血小板数	総蛋白	ALB	AST
ALT	γ - GT	LDLChol	BUN	Cre	尿酸	CRP	血糖
○医学的管理							
<input type="checkbox"/> 経管栄養（経鼻・胃瘻） <input type="checkbox"/> 吸引 <input type="checkbox"/> 点滴 <input type="checkbox"/> 中心静脈栄養 <input type="checkbox"/> 酸素療法 <input type="checkbox"/> ストマ処置 <input type="checkbox"/> 透析 <input type="checkbox"/> 気管切開処置 <input type="checkbox"/> 留置カテーテル <input type="checkbox"/> インシュリン <input type="checkbox"/> 心ペースメーカー							
○身体の状態							
*身長：		cm	*体重：		kg		
*脈拍：		/分	*血圧：		/	mm Hg	
<input type="checkbox"/> 麻痺（左・右 片麻痺）		<input type="checkbox"/> 言語障害		<input type="checkbox"/> 聴力障害		<input type="checkbox"/> 視力障害	
<input type="checkbox"/> 嚥下障害		<input type="checkbox"/> 失調・不随意運動		<input type="checkbox"/> 関節の拘縮			
<input type="checkbox"/> 褥瘡（無・有		*部位：		*グレード)	
○現在の処方・処置内容							
○食事制限							
<input type="checkbox"/> 無							
<input type="checkbox"/> 有（)							
○精神症状の有無							
<input type="checkbox"/> 無							
<input type="checkbox"/> 有 *症状名；							
(有の場合) → 専門医受診の有無		<input type="checkbox"/> 有（医療機関名；				<input type="checkbox"/> 無	