診療情報提供書

令和　　年　　月　　日

特別養護老人ホームおりづる　嘱託医　　宛

医療機関名

住所

電話番号

医師氏名

患者	氏名　　様（男・女）	処方薬	
	生年月日（明.大.昭　　年　　月　　日）		
紹介目的			
治療経過		注意事項	
		検査所見	*検査データがある場合はご記入ください 身長　　ｃｍ 体重　　ｋｇ 血圧　　/　　mmＨｇ 尿　たん白　（　　） 糖　（　　） 潜血　（　　） 総コレステロール　　ｍｇ/ｄｌ ＨＤＬコレステロール　　ｍｇ/ｄｌ 中性脂肪　　ｍｇ/ｄｌ ＧＯＴ　　IU ＧＰＴ　　IU ｒ－ＧＴＰ　　IU クレアチニン　　mg/dl 赤血球　　万/mm3 血色素量　　g/dl ヘマトクリット　　％ アルブミン 心電図所見 （　　） その他所見 （　　） 年　　月　　日　現在
既往歴・現病歴・現症			