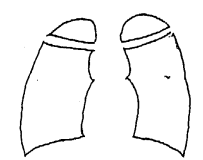


診断書  
 診療情報提供書

氏名	フリガナ	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	生年月日	年 月 日
			<input type="checkbox"/> 明治 <input type="checkbox"/> 大正 <input type="checkbox"/> 昭和	
現住所	〒			
	電話番号 ( ) ー			
傷病名	(1)	発症年月日	年 月	
	(2)	発症年月日	年 月	
	(3)	発症年月日	年 月	
傷病の経過および治療内容				
定期的な処方(詳しく)				
療養上特に留意すべき事柄				

[注] (川西市居宅・施設共通書式2003/12)

- ① 胸部X-Pは、フィルムを添付してもかまいません。
- ② 胸部X-P撮影不可能のケースで呼吸器症状を有している時は喀痰検査を実施してください。
- ③ 胸部X-P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ください。

血液検査所見 ( <input type="checkbox"/> 検査結果を添付のため記載省略 )				
GOT ( )	GPT ( )	Cre ( )	血糖値 ( )	
Na ( )	K ( )	Alb ( )		
WBC ( )	RBC ( )	Hb ( )	PLT ( )	
実施日 年 月 日				
尿検査所見				
糖 ( )	蛋白 ( )	潜血 ( )	Ur ( )	
実施日 年 月 日				
問題となる既知の感染症(HCV、MRSA、疥癬など)				
HCV抗体 ( )	HBs抗原 ( )	TPHA ( )		
その他の感染症( )				
実施日 年 月 日				
心電図				
実施日 年 月 日				
胸部 X-P				
撮影日 年 月 日				
				
身体の状態				
麻痺 ( )	部位 ( )			
筋力低下 ( )	部位 ( )			
関節拘縮 ( )	部位 ( )			
褥瘡 ( )	部位 ( )			
その他特記すべきこと				
上記のとおり診療情報を提供します。				
年 月 日				
医療機関名				
所在地 〒				
医師名				