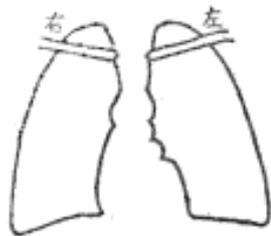


診療情報提供書

フリガナ		性別	男	生年月日(満 歳)
氏名			女	M・T・S 年 月 日
住所	(-)			
	TEL -()-			
身長	cm	体重	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()	
				
			年 月 日	
現在の処方				
感 染 症				
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)		
結核	既往 有・無 (年 月頃発症・不明)			
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。				
				年 月 日
所在地				
医療機関名				
医師名				印

*尿検査・血液検査を他にされていましてらデータの添付をお願い申し上げます。_____