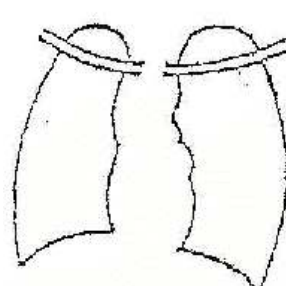




# 診療情報提供書

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	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				
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。				
			平成 年 月 日	
所在地				
医療機関名				
医師名	科	印		