

主治医先生御侍史

社会福祉法人 悠人会  
特別養護老人ホーム ベルライブ  
介護老人保健施設 ベルアルト

### 診療情報提供書作成のお願い

平素は格別のご高配を賜り、厚く御礼申し上げます。

さて、貴院に（ 通院 ・ 入院 ）中の（ ）様がこの度、

当施設の利用を希望されております。

つきましては、誠に恐れ入りますが、下記の要領でこの患者様の診療情報提供書の

ご記入をお願い申し上げます。

#### 記

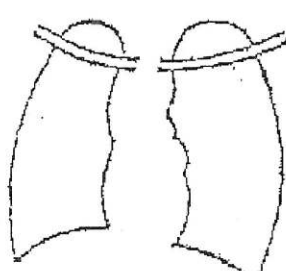
- (1) 胸部 X 線：原則として直近 3 ヶ月以内に直接撮影した結果をご記入ください。  
尚、やむを得ず来院できない場合には、聴診による特記事項をご記入ください。
- (2) HBs・HCV などの検査データはおおむね 1 年以内のものをご記入ください。  
MRSA・結核・疥癬の既往歴が分かりましたらご記入ください。
- (3) お手数ですが、既に施行された検査データがある場合は、ご添付ください。

尚、ご不明な点がございましたら、下記までご連絡をお願い致します。

〒590-0064 堺市堺区南安井町 3 丁 1 番 1 号

特別養護老人ホーム	ベルライブ	電話	072-221-7002
		FAX	072-221-7032
介護老人保健施設	ベルアルト	電話	072-221-7001
		FAX	072-221-7021

# 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