

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

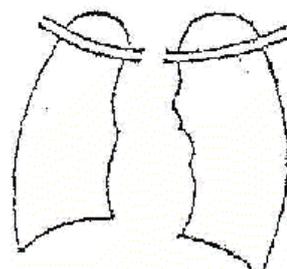
特別養護老人ホーム ベルライブ 電話 072-221-7002

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 男	生年月日(満 歳)
氏名		性別	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			<p style="text-align: center;">胸部 X 線 異常有・無()</p> <div style="text-align: center;">  </div> <p style="text-align: center;">平成 年 月 日</p>	
現在の 処方				
感 染 症				
HBs 抗原 (+ ・ -)		HCV 抗体 (+ ・ -)		TPHA 定性 (+ ・ -)
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		
インフルエンザ予防接種	有 ・ 無 (年 月 日 摂取)			
肺炎球菌ワクチン接種	有 ・ 無 (年 月 日 摂取)			
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		