

療養情報提供書

年 月 日

医療法人財団ひこばえ会セツルメント診療所分院

植益 不二男 行

医療機関の所在地

名称

TEL/FAX

医師氏名 _____ ㊞

患者氏名						
生年月日	明治	大正	昭和	年	月	日生
住所						
電話番号						

診断名 1) 2) 3)	現病歴及び現症					
既往症 薬剤アレルギー ()	患者に関する注意事項					
現在の処方内容	認知症 有 無 認知症の程度 療養食指示・制限など					
血液検査 (実施日 年 月 日)				尿検査 (実施日)		
末梢血液一般	結果	生化学	結果	尿蛋白 ()		
赤血球		LDH		糖 ()		
白血球		ALP		潜血 ()		
Hb		コリンエステラーゼ		感染症 (実施日)		
Ht		トコステロール		HBs抗原 ()		
血小板数		TG (中性脂肪)		HCV抗体 ()		
生化学		総ビリルビン		TPLA ()		
総蛋白		UA (尿酸)		疥癬 ()		
アルブミン		BUN		胸部 X-P (実施日)		
GOT (AST)		クレアチニン				
GPT (ALT)		Na				
γ-GTP		Cl		心電図 (実施日)		
血糖		K				
HbA1c		CRP				