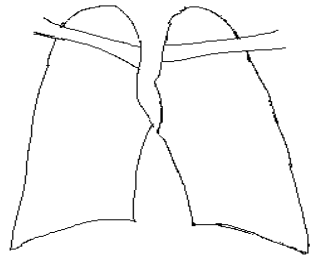


診療情報提供書

ふりがな		性別	生年月日
氏名		男・女	M・T・S 年 月 日生
住所			
傷病名		治療期間	
		年 月 日～ 年 月 日	
		治療中 ・ 中止 ・ 治癒	
		年 月 日～ 年 月 日	
		治療中 ・ 中止 ・ 治癒	
		年 月 日～ 年 月 日	
		治療中 ・ 中止 ・ 治癒	
現病歴と経過			
皮膚疾患		食物アレルギーの有無	
聴力	右	正常 ・ やや難聴 ・ 難聴	視力
	左	正常 ・ やや難聴 ・ 難聴	
尿	蛋白	- ・ ± ・ + ・ ++	胸部X線所見 (間・直) 平成 年 月 日撮影 
	糖	- ・ ± ・ + ・ ++	
	潜血	- ・ ± ・ + ・ ++	
検便	潜血	- ・ ± ・ + ・ ++	
※	HBS抗原	- ・ +	
※	HCV抗体	- ・ +	
※	MRSA (喀痰)	- ・ +	
その他所見			

※MRSA検査について、喀痰が困難な場合は鼻孔でお願いします。

※陽性の場合、定量及び治療効果等の所見検査結果表の添付をお願いします。

○在宅の寝たきり等のため、胸部X線撮影が出来ない場合は、喀痰中の結核菌の塗沫培養の検査結果の添付をお願いします。また、胸部X線撮影は3ヶ月以内のものでお願いします。

上記のとおり診断いたします。

平成 年 月 日

医療機関名

担当医師名

印