

健康診断書／診療情報提供書

フリガナ		生年月日		性別		
氏名		M・T・S 年 月 日(歳)		男・女		
傷病名及び治療の状況		発病年月日		既往歴:		
		. .				
		. .				
		. .				
		. .				
検 査 項 目						
身長	体重		尿	蛋白	HDL	
cm	kg			糖	中性脂肪	
Wa氏反応	— +		潜血	GOT		
HBs抗原	— +		赤血球	GPT		
HCV抗体	— +		白血球	r-GTP		
MRSA	— + ++ +++		血色素	BUN		
疥癬	— +		ヘマトクリット	T-Ch		
アレルギー	薬 (有・無)		血小板	Na/Cl/K		
アレルギー	食物 (有・無)		血糖(空腹時)	CRP		
褥瘡	無・有		HbA1c	クレアチニン		
			総蛋白			
			アルブミン値			
心電図: 異常なし・異常あり			胸部X-P: 異常なし・異常あり			
投薬内容:			リハビリ施行時の注意点:			
			血圧ライン		心拍数ライン	
			／ で中止		回/分以上で中止	
現症及びその他の所見・予後について・その他お気づきの点があればお知らせ下さい:						
上記のとおり診断いたします						
年 月 日						
所在地 医療機関名 医師名			印			

