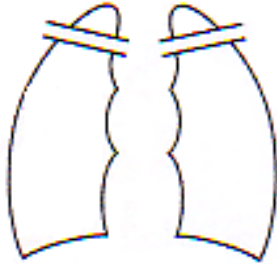


診 療 情 報 提 供 書

ふりがな	生年月日																																															
氏 名	様 (男・女) 明治・大正・昭和 年 月 日 (歳)																																															
現病歴及び既往歴	<血液検査> (※検査用紙を添付いただければ、以下の記入は必要ありません。)																																															
	<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr><td>WBC</td><td></td><td>T-CHO</td><td></td></tr> <tr><td>RBC</td><td></td><td>TG</td><td></td></tr> <tr><td>Hb</td><td></td><td>UA</td><td></td></tr> <tr><td>Ht</td><td></td><td>BUN</td><td></td></tr> <tr><td>PLT</td><td></td><td>CREA</td><td></td></tr> <tr><td>TP</td><td></td><td>Na</td><td></td></tr> <tr><td>Alb</td><td></td><td>K</td><td></td></tr> <tr><td>T-BIL</td><td></td><td>Cl</td><td></td></tr> <tr><td>GOT</td><td></td><td>CRP</td><td></td></tr> <tr><td>GPT</td><td></td><td>FBS</td><td></td></tr> <tr><td>AL-p</td><td></td><td>HbA1C*</td><td></td></tr> <tr><td>γ-GTP</td><td></td><td colspan="2">※糖尿病歴ある方のみ</td></tr> </table>	WBC		T-CHO		RBC		TG		Hb		UA		Ht		BUN		PLT		CREA		TP		Na		Alb		K		T-BIL		Cl		GOT		CRP		GPT		FBS		AL-p		HbA1C*		γ-GTP		※糖尿病歴ある方のみ
WBC		T-CHO																																														
RBC		TG																																														
Hb		UA																																														
Ht		BUN																																														
PLT		CREA																																														
TP		Na																																														
Alb		K																																														
T-BIL		Cl																																														
GOT		CRP																																														
GPT		FBS																																														
AL-p		HbA1C*																																														
γ-GTP		※糖尿病歴ある方のみ																																														
処方内容	検査日 年 月 日																																															
身長 cm 体重 kg 血圧 mmHg																																																
<胸部X線> 1.所見なし 2.所見あり (所見)  撮影日 年 月 日	<心電図> 1.所見なし 2.所見あり 検査日 年 月 日																																															
	<感染症等> MRSA (- +) 咽頭・その他 () B型肝炎 (抗原・抗体) (- +) HCV肝炎 (抗体) (- +) 梅毒 (- +) TPHA ガラス板 疥癬 (- +) その他 () 検査日 年 月 日																																															
	<尿検査> タンパク質 () 潜血反応 () 糖 () ウロビリノーゲン () 検査日 年 月 日																																															
上記のとおり証明します。 平成 年 月 日	医療機関名 住 所 電話番号 医師名																																															

印

各項目 3 ヶ月以内の情報をご記入戴けますようお願い申し上げます。