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

処方内容

身長　　cm　　体重　　kg
血圧　　／　　mmHg

＜血液検査＞

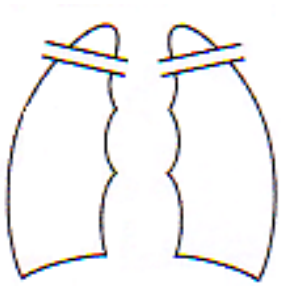
（※検査用紙を添付いただければ、
以下の記入は必要ありません。）

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	

検査日　　年　　月　　日

＜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（　　）　ｳﾛﾋﾞﾘﾉｰｹﾞﾝ（　　）

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。

介護老人保健施設　洛和ヴィラサラサ
〒106－0047 港区南麻布 4-6-1