


診 断 書  
 診 療 情 報 提 供 書

氏 名	フリガナ	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	生年月日
			明治 大正 年 月 日 昭和
現住所	〒 電話番号 ( ) -		
傷病名	(1)	発症年月日	年 月 日
	(2)	発症年月日	年 月 日
	(3)	発症年月日	年 月 日
傷病の経過および治療内容			
定期的な処方 (詳しく)			
療養上特に留意すべき事柄			
障害高齢者の日常生活自立度(寝たきり度) ( ) 認知症高齢者の日常生活自立度 ( )			

(川西市居宅・施設共通書式 2016/12)

- 【注】
- 胸部X-Pは、フィルムを添付してもかまいません。
  - 胸部X-P撮影不可能のケースで呼吸器症状を有しているときは喀痰検査を実施してください。
  - 胸部X-P撮影および心電図検査が不可能な場合は、その理由を記入してください。

血液検査所見 (□検査結果を添付のため記載省略)			
GOT ( )	GPT ( )	Cre ( )	血糖値 ( )
Na ( )	K ( )	ALB ( )	
WBC ( )	RBC ( )	Hb ( )	PLT ( )
実施日 年 月 日			
尿検査所見			
糖 ( )	蛋白 ( )	潜血 ( )	Ur ( )
実施日 年 月 日			
問題となる既知の感染症(HCV・MRSA・疥癬など)			
心電図			
実施日 年 月 日			
胸部 X-P			
			
撮影日 年 月 日			
身体の状態			
麻痺 ( )	部位 ( )		
筋力低下 ( )	部位 ( )		
関節拘縮 ( )	部位 ( )		
褥創 ( )	部位 ( )		
その他特記すべきこと			
上記のとおり診療情報を提供します。			
年 月 日	医療機関名	医療法人社団 衿正会 生駒病院	
	所在地	〒666-0252 兵庫県川辺郡猪名川町広根九十九番地	
	医師名		