

# 診療情報提供書

平成 年 月 日

フリガナ		性別	生年月日	年齢
ご利用者氏名		男 女	明 大 昭 年 月 日	歳
現住所	〒	Tel	( ) -	
		Fax	( ) -	
診断名	#1	服薬状況		
	#2			
	#3			
	#4			
	#5			
	#6			
現病歴及び現症				
既往歴				
介護上必要な医学的所見				
感染症など (直近の検査による)	結核 (胸部レントゲン)	<input type="checkbox"/> 有	<input type="checkbox"/> 無	※その他の所見
	疥 癬	<input type="checkbox"/> 有	<input type="checkbox"/> 無	
	B型肝炎 (HB S抗原)	<input type="checkbox"/> 有	<input type="checkbox"/> 無	
	C型肝炎 (抗体)	<input type="checkbox"/> 有	<input type="checkbox"/> 無	
	W 氏	<input type="checkbox"/> 有	<input type="checkbox"/> 無	
	MR S A	<input type="checkbox"/> 有	<input type="checkbox"/> 無	
入 浴	<input type="checkbox"/> 可 <input type="checkbox"/> 否	注意点		
特記事項				
医療機関名		担当医氏名 <span style="float: right;">(印)</span>		
住 所	〒	Tel Fax		

提供先	大和ライフネクスト株式会社 カノン用賀		事業者番号 1371212869		
	〒158-0097 東京都世田谷区用賀3-8-18グリーンハウスNo. 101. 1F				
	Tel	<b>03-6880-2193</b>		担当	金澤 うき子
	Fax	<b>03-6860-6972</b>			