

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		
	MRSA	<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 (印)		
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	03-6880-2193		担当 金澤 うき子
	Fax	03-6860-6972		