

診療情報提供書
(美原病院 認知症治療棟用)

平成 年 月 日

医療法人好寿会美原病院 宛

医療機関名
所在地
医師

フリガナ 患者氏名	様	性別 男・女	生年 月日	明・大 昭・平	年 月 日	年齢	歳
住所	(〒) tel						
生活環境	在宅(独居・同居家族 入院中()・施設入所中()						
キーパーソン 氏名	様	続柄	生年 月日	明・大 昭・平	年 月 日	年齢	歳
住所	(〒) tel						
問題となる症状							
生活歴及び現病歴							
既往症							
入院歴							
現在の服薬内容							
習慣 アルコール ・ 煙草 ・ その他()							
アレルギー							

<p>身体的状況</p> <p>身長(cm)、体重(kg)、血圧 /</p> <p>視力(右) ()、 視力(左) ()</p> <p>聴力(右)問題なし・ ()、 聴力(左)問題なし・ ()</p>
<p>血液検査 (平成 年 月 日)</p> <p>血色素量()g/dL、赤血球数()万/μL、白血球数()/μL</p> <p>AST(GOT) ()IU/L、 ALT(GPT) ()IU/L</p> <p>γ-GTP ()IU/L</p> <p>LDLコレステロール()mg/dL、 HDLコレステロール()mg/dL</p> <p>トリグリセリド ()mg/dL</p> <p>血糖 ()mg/dL</p> <p>アルブミン ()g/dL、 BUN ()mg/dL</p> <p>クレアチニン ()mg/dL、 ナトリウム ()mEq/L</p> <p>カリウム ()mEq/L、 クロール ()mEq/L</p> <p>CK(CPK) ()IU/L</p> <p>HBs抗原 (+ 、 -) 、 HBs抗体 (+ 、 -)</p> <p>HCV抗体 (+ 、 -) 、 Wa-R (+ 、 -)</p> <p>血液型(ABO式・Rh) (.)</p> <p>尿検査 (平成 年 月 日)</p> <p>尿糖 (+ 、 ± 、 -) 、 尿蛋白 (+ 、 ± 、 -)</p> <p>胸部X線 (平成 年 月 日)</p> <p>所見 ()</p> <p>頭部CT(MRI) (平成 年 月 日)</p> <p>所見 ()</p> <p>(可能でしたら以下の項目についても記入をお願いいたします。)</p> <p>甲状腺ホルモン FT3()pg/mL、 FT4()pg/mL</p>
<p>その他参考事項</p>