

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	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)・施設入所中() 入院中()							
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

身体的状況
身長(cm)、体重(kg)、血圧 /
視力(右)_____ ()、 視力(左)_____ ()
聴力(右)問題なし・_____、 聴力(左)問題なし・_____

血液検査 (平成 年 月 日)
血色素量()g/dL、赤血球数()万/ μ L、白血球数()/ μ L
AST(GOT) ()IU/L、ALT(GPT) ()IU/L
 γ -GTP ()IU/L
LDLコレステロール()mg/dL、HDLコレステロール()mg/dL
トリグリセライド ()mg/dL
血糖 ()mg/dL
アルブミン ()g/dL、BUN ()mg/dL
クレアチニン ()mg/dL、ナトリウム ()mEq/L
カリウム ()mEq/L、クロール ()mEq/L
CK(CPK) ()IU/L
HBs抗原 (+ 、 -) 、HBs抗体 (+ 、 -)
HCV抗体 (+ 、 -) 、Wa-R (+ 、 -)
血液型(ABO式・Rh) (・)

尿検査 (平成 年 月 日)
尿糖 (+ 、 ± 、 -) 、尿蛋白 (+ 、 ± 、 -)

胸部X線 (平成 年 月 日)
所見 ()

頭部CT(MRI) (平成 年 月 日)
所見 ()

(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。)
甲状腺ホルモン FT3()pg/mL、FT4()pg/mL

その他参考事項