

# 診療情報提供書

回復期リハビリテーション病棟・療養病棟用

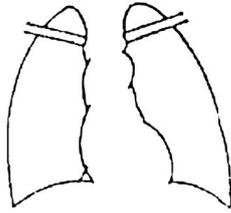
ご記入日：平成 年 月 日

ご紹介元医療機関の名称：

所在地：

診療科：

ご担当医：

患者様氏名 様	性別 男性・女性	生年月日 年 月 日	年齢 歳		
住所		連絡先			
診断名					
既往歴・合併症					
経過・治療					
内服薬（添付可）		他科受診の有無・経過			
頭部 年 月 日 所見： 	胸部 X-P 年 月 日 所見： 	心電図 年 月 日	心エコー・フォルタ等		
感染症	結果	培養材料	検査日	治療内容	年 月 日
MRSA	なし・あり		月 日		HBsAg なし・あり
MDRP	なし・あり		月 日		HBsAb なし・あり
Acinetobacter	なし・あり		月 日		HCV なし・あり
抗酸菌	塗抹(なし・あり) 培養(なし・あり)		月 日		TPHA なし・あり
結核菌	塗抹(なし・あり) 培養(なし・あり)		月 日		RPR なし・あり
*一般採血・尿検査の結果につきまして、あわせてご送付ください。 *既往に循環器疾患がある方は心エコーの情報添付でも可能です。					