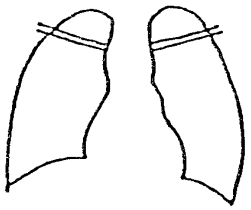
診　療　情　報　提　供　書（　通　所　用　）

フリガナ		男・女	明治 大正 昭和　　年　　月　　日（満　　）
氏　　名			
住　　所	〒　　－ 電話番号　　－　　－		

既往歴・現病歴	病　　名	治　療　期　間	転　　帰
		年　月　日　～　年　月　日	
		年　月　日　～　年　月　日	
		年　月　日　～　年　月　日	
		年　月　日　～　年　月　日	
		年　月　日　～　年　月　日	

現在の投薬内容（内服・外用薬）

薬剤禁忌	無・有（　　）	アレルギー	無・有（　　）
血　　圧	/　（入浴不可　/　）	麻　　痺	無・有（　　）
身　　長	cm	体　　重	kg
認　　知	無　・　有	問題行動	無・有（　　）
感染症 皮膚疾患	無・有（　　） 無 疥癬（部位：　　） 有　湿疹（部位：　　） 褥瘡（部位：　　）	心電図所見： 不整脈　無・有（ 言語　正常・異常 視力　右（　）・左（　） 聴力　普通・難聴	

X線所見	所　見：　　結核　無　・　有 所　見：  令和　　年　　月　　日撮影
概　　評	

上記のとおり診療情報を提供します。

令和　　年　　月　　日

住　　所
電話番号
医　　師　　印