


診療情報提供書

宛

診断日	年	月	日
医療機関名			
医療機関所在地			
電話番号			
ご担当医氏名			④

入居時審査用（有効期限：診断日より3ヶ月）

フリガナ		性別	生年月日
患者氏名		男 ・ 女	M・T・S 年 月 日生（ 歳）
主傷病名	①	③	⑤
	②	④	⑥
既往歴 及び 家族歴ほか			
症状経過 及び 検査結果			
治療経過			
感染症疾患 有無	1ヶ月以内に実施された検査結果をご記入下さい。		レントゲン所見 直近（6カ月以内）のレントゲン所見をご記入下さい。  ※検査日 年 月 日
	・MRSA（検体名： ）	陽性・陰性	
	・結核の所見（胸部XP・喀痰培養）	陽性・陰性	
	・疥癬を疑う皮疹	有 ・ 無	
	・HBs抗原	陽性・陰性	
	・HCV抗体	陽性・陰性	
	・梅毒反応	陽性・陰性	
現在の処方			
その他 特記事項			