

診療情報提供書

フリガナ		男	生年月日			年齢
氏名		女	T・S・H・R 年 月 日			
住所				電話		
現在の傷病名						
既往歴						
症状及び治療経過						
服薬・処方						

検査所見

血圧 (平常時)		心電図			
胸部XP		身長		体重	

尿検査

糖		蛋白		潜血		検査日	
---	--	----	--	----	--	-----	--

伝染性疾患の有無

梅毒		HBs		HCV		検査日	
疥癬		結核		その他			

血液検査

白血球数		GOT					
赤血球数		GPT					
血色素量		γ-GTP					
ヘマトクリット		血糖					
血小板		HbA1 c					
総蛋白質		CRP				検査日	

令和 年 月 日

(医療機関)

社会医療法人 スミヤ
角谷リハビリテーション病院
和歌山市納定一丁目5番21号
電話073-475-1230

所在地
名称
電話
医師名

印

※分かる範囲で差し支えありませんのでご記入願います。

※必要がありましたら、画像診断のフィルム、検査の記録を添付ください。
※検査は実施済みの項目で構いません、検査日は可能な限りご記入願います。