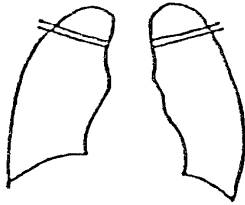


診療情報提供書（通所用）

フリガナ		男・女	明治	
氏名			大正	
			昭和	年 月 日（満）
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	
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）		個別リハビリ	該当・非該当
身長			体重	Kg
精神状況	認知	無・有	問題行動	無・有（ ）
感染症	無・有（ ）		心電図所見：	
皮膚疾患	無		不整脈 無・有（ ）	
	有 疥癬（部位： ）		言語 正常・異常	
	有 湿疹（部位： ）		視力 右（ ）・左（ ）	
	有 褥瘡（部位： ）		聴力 普通・難聴	
X線所見	所見：		結核 無・有	
			所見：	
		平成 年 月 日撮影		
概評				
上記のとおり診療情報を提供します。				
平成 年 月 日				
住所				
電話番号				
医師				
				(印)