

# 診療情報提供書(通所リハビリテーション)

紹介先施設名

木村メディカルクリニック 木村 紀久 殿

年 月 日

医療機関名

電話番号

医師名

印

患者氏名	殿	生年月日	年 月 日 歳	男・女
紹介目的				
傷病名および 既往歴(家族 歴)	薬剤アレルギー (有・無)			
現病歴・現症・検査・所見・治療経過など				
処方内容	胸部X線(エコー等) 異常なし ・ 異常あり (所見) 			
点眼薬 (あり ・ なし)				
測定値	臨床検査(入所の場合必須)※データ添付可	採取日	年 月 日	
身長	cm	血清アルブミン(g/dl)	総コレステロール(mg/dl)	
体重	kg	ヘモグロビン(g/dl)	クレアチニン(mg/dl)	
血圧	/	血糖値(g/dl)	BUN (mg/dl)	
HBs抗原	+ -	HCV	+ -	病原性腸内細菌(下痢症状ある時のみ) + -