

医療情報・診断書

フリガナ		性別	生 年 月 日			
氏 名		<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	<input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和	年 月 日 (歳)		
主病歴	投薬内容と用法					
現病歴	身長		cm	体重		kg
	食事制限	有・無		内 容		
	薬物アレルギー	有・無		薬 剤 名		
	生活状況	<input type="checkbox"/> 入院中 <input type="checkbox"/> 通院中 <input type="checkbox"/> 在宅 <input type="checkbox"/> 施設				
	既往歴			医学的管理状況		
高血圧	(+ -) ()			
脳卒中	(+ -) ()			
心疾患	(+ -) ()			
糖尿病	(+ -) ()			
気管支喘息	(+ -) ()			
その他	(+ -) ()			
感染症	RPR(+ -) HCV(+ -) HBs(+ -) MRSA(解っていれば + - 部位:)					
末梢血液一般		生化学的検査			検尿	
令和 年 月 日		令和 年 月 日			令和 年 月 日	
WBC		/ μl	BS		mg/dl	糖
RBC		×10 / μl	BUN		mg/dl	蛋白
Hb		g/dl	CRE		mg/dl	潜血
Ht		%	GOT		U/l	
P1		×10 / μl	GPT		U/l	
			γ GTP		U/l	
心電図	令和 年 月 日		皮膚疾患・疥癬の既往歴			
所見			所見			
胸部 X 線写真	令和 年 月 日		その他			
所見						

令和 年 月 日

病院名

医師名

印