

# 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