

紹 介 状

ふりがな		性別		住所	
氏名		男 女		生年月日	M・T・S 年 月 日 (歳)
診断名及び発症年月日					

(昭・平 年 月 日)					

(昭・平 年 月 日)					

(昭・平 年 月 日)					
臨床経過					
服薬状況及び内容			心電図		
			頭部CT		
			胸部X-P		
			結核 (+ ・ -)		
一般状態・検査					
血圧 /	脈拍 /分	褥瘡について 有 ・ 無		カテーテル留置 有 ・ 無	
		部位			
尿 蛋白 ()	糖 ()	潜血 ()	白血球数	/μl	
TP	g/dl	Na	mEq/l	赤血球数	10 ⁴ /μl
尿素酵素	mg/dl	K	mEq/l	血色素量	g/dl
クレアチニン	mg/dl	Cl	mEq/l	ヘマトクリット	%
尿素	mg/dl	血糖	mg/dl	血小板数	10 ⁴ /μl
T-Cho	mg/dl	CRP	mg/dl	血液型	
中性脂肪	mg/dl	AST (GOT)	IU/l	HBs 抗原	(+ ・ -)
HDL-Cho	mg/dl	ALT (GPT)	IU/l	HCV 抗体	(+ ・ -)
ALP	IU/l	γ-GTP	IU/l	ワ氏	(+ ・ -)
LDH	IU/l	アルブミン	g/dl	MRSA	(+ ・ -)
アミラーゼ	IU/l	血沈	Mm/h	疥癬	(+ ・ -)
療養食 (有・無)			平成 年 月 日		
糖尿病食 (kcal) ・ 腎臓病食 ・ 肝臓病食			医療機関名		
胃潰瘍食 ・ 膵臓病食 ・ 塩分制限 (g)			住所		
経管栄養 ()			医師氏名		
その他			Ⓜ		
備考			電話番号		

☆各検査項目の実施については、検査可能な限りで結構です。

☆ " 記入は各検査コピーでも結構です。

☆リハビリテーションを実施されている場合は、実施報告書を添付願います。