

情 報 提 供 票

氏 名		男 ・ 女	生 年 月 日	明 治 大 正 昭 和	年 月 日 生 (歳)		
住 所	電話番号						
既往症							
現症及び病名				伝染性皮膚疾患の有無			
定期的に処方されている内服薬・注射薬							
尿検査 (定性)	糖					血液検査	HBS Ag
	蛋 白						HCV Ab
血 圧			入浴血圧 許可範囲			血液検査	梅毒血清 反応検査
身 長							cm
体 重							
聴打診上の所見		胸部				腹部	
その他の診察所見							
個別機能訓練. 可 2. 不可		入 浴		1. 可 2. 不可			
医師所見及び連絡事項							

注意 1. 必要と認められるときは、胸部X線所見や他の検査結果の添付をお願いします。
 2. 太線欄に関しましては必ず記載をお願いします。

上記のとおり診断します。

医療機関

平成 年 月 日
 所在地
 名 称
 医 師