

診療情報提供書

医療機関

医師名

住所

TEL

平成 年 月 日

氏名	M・T・S 年 月 日生(歳) 男・女
住所	
・既往歴	
現病歴	
・経過	
・治療(服薬等)	
MRSA所見(H 年 月 日) 結果(+ ・ -)	
感染症の有無(胸部疾患 有 ・ 無 皮膚疾患 有 ・ 無)	
検査所見	総蛋白() 総コレステロール() 中性脂肪() BUN() 血糖() γ -GTP() GOT() GPT() LDH() HBs抗原(+・-) HCV抗体(+・-) クレアチニン() Wa氏(+・-) 赤血球() 白血球() 血色素() Ht() 尿定性:タンパク() 糖() 潜血()