


情報提供書

ハッピーガーデン

フリガナ			性別				
氏名			男・女	M・T・S	年	月	日
住所	〒			TEL			
現病名・既往歴		治療日・状態		治療内容と経過			
胸部X線所見				平成 年 月 日 撮影			
				結核菌	有・無		
血圧	平均	／		入浴等 限界血圧	／		
尿	蛋白	－ 土 ＋		HBs抗原	陰性 ・ 陽性		
	潜血	－ 土 ＋		HCV抗体Ⅲ	陰性 ・ 陽性		
	糖	－ 土 ＋		梅毒検査	TPHA	陰性 ・ 陽性	
MRSA (喀痰)	陰性 ・ 陽性						
<small>☆MRSAの検査について、痰が出ない場合は鼻腔の塗抹検査をお願いします。</small>							
疥癬			その他の感染症				
眼疾	視力	普通 ・ 1m先が見えない ・ 殆ど見えない ・ 全盲 右() 左()					
	眼疾	無 ・ 有		トラコーマ	無 ・ 有		

上記のとおり診断します。

平成 年 月 日

医療機関名

担当医師氏名

(印)

