

御担当医先生ご侍史

診療情報提供書ご記入のお願い

医療法人 西浦会  
介護老人保健施設 長生苑  
施設長 大澤 次郎

〒570-0005 大阪府守口市八雲中町3丁目12番3号  
電話番号(06)-6908-7770  
FAX(06)-6908-1910

拝啓

時下ますますご清祥のこととお喜び申し上げます。平素より格別のご高配を賜り感謝申し上げます。

さてこのたび、\_\_\_\_\_様が当苑のご利用を希望されています。つきましてはご多用中ご無理を申し上げますが、当施設ご利用にあたっての判断やご利用期間中の療養経過観察の情報として活用させていただきたく、下記のとおり診療情報のご提供をお願い申し上げます。診療情報提供書の書式につきましては、貴院のもので結構です。

敬具

記入上のお願い

胸部レントゲン心電図につきましては、直近6ヶ月に施行されたものを、血液検査・尿所見につきましては、直近3か月のものをお願い致します。貴院・貴施設のお持ちのデータでの場合、記載がされなくても、コピー添付にてご提示いただくことは可能です。糖尿病の場合HbA1cを、結核の疑いのある場合喀痰検査又はPCG法による判定をお願い致します。また該当するものに○印をお付けいただく項目もございます。

入所後の療養観察の中で必要といたしますので、何とぞよろしくお願い申し上げます。