

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。

敬具

記入上のお願い

採血検査・胸部レントゲン・心電図につきましては、直近3ヶ月に施行されたものをお願い申し上げます。従来より貴院で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。また直近6ヶ月のデータで糖尿病の場合HbA1cを、結核の疑いのある場合喀痰検査又はPCG法による結果、心不全のマーカーをお願い致します。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、何とぞよろしく願い申し上げます。