

診 療 情 報 提 供 申 出 書

年 月 日

診療情報提供元

医療機関名

医師氏名 様

診療情報提供申出者

診療情報提供先

住 所

事業所名

職名・氏名

事業所名等

職名・氏名等

印

下記、患者様の情報提供の目的により、診療情報提供を申し出いたします。

フリガナ				
氏名		男・女	生年月日 (年齢)	年 月 日生 (歳)
住所			電話	
情報提供の目的	<input type="checkbox"/> 保健福祉サービス利用 <input type="checkbox"/> 老人保健施設入所 <input type="checkbox"/> 別の保険医療機関での診療(特養嘱託医等)			
備考				

上記診療情報提供申出及び診療情報提供に同意します。

年 月 日

本人氏名

代理人氏名

(続 柄) ()

*

血液検査項目	肝機能検査	AST(GOT)	血中脂質検査	中性脂肪 * 1	血糖検査 * 2	空腹時血糖又はHbA1c検査 (NGSP値)
		ALT(GPT)		LDL-コレステロール		
		γ-GT(γ-GTP)		HDL-コレステロール		
	貧血検査	赤血球数	その他の血液検査	尿酸	アルブミン	白血球数
		血色素量		クレアチニン	eGFR	血小板
		ヘマトクリット値		血清アミラーゼ	総コレステロール	動脈硬化指数

* 1 中性脂肪が 400mg/dl以上である場合、又は食後採血の場合には、LDL-コレステロールに代えて Non-HDL-コレステロールでもよい。

* 2 やむを得ず空腹時血糖以外に採血を行い、HbA1cを測定しない場合、食直後を除き随時血糖により血液検査を行う。(空腹時血糖とは、絶食10時間以上、食直後とは食事開始時から3.5時間未満とする。)