

診療情報提供書(証明書)

受診者	住所	
	氏名	
	生年月日	明・大・昭

現病		
認知症	無・有 (診断名)	
伝染病疾患	結核	無・有 撮影日 年 月 日
	肝炎(B・C)	無・有
	皮膚疾患 (疥癬等)	無・有
	MRSA	無・有
	CRP	－・＋
	W氏反応	無・有
	その他	
既往歴		
現在の治療状況 (服薬状況)		
血圧	/	
身長・体重		

上記のとおり診断(証明)します。

平成 年 月 日

医療機関名

所在地

医師名