

主治医先生御侍史

医療法人財団 宏寿会
介護老人保健施設
グリーンポート恵比寿

診療情報提供書作成のお願い

平素は格別のご高配を賜り、厚く御礼申し上げます。

さて、貴院に（通院・入院）中の_____様がこの度、当施設のご利用を希望されております。

つきましては、誠に恐れ入りますが、下記の要領で患者様の診療情報提供書のご記入をお願い申し上げます。

記

- 1、 胸部X線は原則として6ヶ月以内に直接撮影した結果をご記入下さい。但し、呼吸器や循環器の既往歴がありましたら3ヶ月以内の結果をご記入下さい。
- 2、 血液・尿の検査データは出来るだけ直近のものをご記入下さい。
- 3、 HBS・HCVなどの検査データは概ね1年以内のものをご記入下さい。
- 4、 結核の既往歴がありましたらご記入下さい。
- 5、 MRSAの検査につきましては必要な検査項目ではありますが、検査結果が出るまで時間がかかることと存じます。そのような場合、後日検査結果が出次第お知らせ下さい。
- 6、 既に施行された検査データがございましたら、ご添付下さい。

大変お手数かとは存じますが、何卒よろしくお願い申し上げます。
尚 不明な点がありましたら、下記までご連絡をお願いいたします。

以 上

〒150-0013 東京都渋谷区恵比寿3-36-5
介護老人保健施設グリーンポート恵比寿
電話 03-3444-2322
Fax 03-3444-2388

(2021・5改定)