

診療情報提供のお願い

当施設入所申し込みに際し、ご利用者の健康状態把握のため、下記の検査をお願いしております。

※3ヵ月以内であれば過去に受けられた検査データなどからの転記・データの添付でも結構です。

ご利用者氏名 _____ 様

検査データ 年 月 日実施

種別	検査項目	測定値
血液一般	白血球数 WBC	
	赤血球数 RBC	
	血色素量 Hb	
	ヘマトクリット Ht	
	血小板数 Plt	
生化学	総蛋白数 TP	
	アルブミン Alb	
	尿素窒素 BUN	
	クレアチニン CRE	
	総コレステロール T-Cho	
	GOT (AST)	
	GPT (ALT)	
	γ-GTP	
	ナトリウム Na	
	カリウム K	
	クロール Cl	
	CRP	
糖尿病	FBS	
	HBA1c(糖尿病既往ある方のみ)	
感染症	MRSA(咽頭)	