

## 診療情報提供のお願い

当施設入所申込に際し、ご利用者様の健康状態の把握のため、下記の検査をお願いしております。

※3ヶ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・データ添付でも結構です。

ご利用者氏名 \_\_\_\_\_ 様

検査データ 令和 \_\_\_\_\_ 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	
	ヘマトクリット値	Ht	
	血小板数	Plt	
生化学	総蛋白	TP	
	アルブミン	Alb	
	尿素窒素	BUN	
	クレアチニン	CRE	
	LDLコレステロール	LDL-Cho	
	GOT (AST)		
	GPT (ALT)		
	γGTP		
	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)		
心疾患	BNP (心不全既往ある方のみ)		
	INR (ワーファリン服用の方のみ)		
その他			