

医療情報提供のお願い

医療機関各位

平素は健康診断書作成にご協力いただき誠にありがとうございます。
当施設の利用希望者様の受入審査に際し、介護老人保健施設にて適切に介護できるかどうかの判断に用いますので、下記の検査データをお知らせ下さいますようお願い致します。
尚、検査データは3ヶ月以内の検査値でお願い致します。

氏名 () 様 検査日 年 月 日

肝疾患	GOT	
	GPT	
	ALP	
	γ-GTP	
腎疾患	尿素窒素	
	クレアチニン	
	尿酸	
	Na (ナトリウム)	
	K (カリウム)	
	Cl (クロール)	
血液	白血球	
	赤血球	
	ヘモグロビン	
	血小板	
感染症	CRP	
	MRSA	
糖尿病	血糖	
	HbA1c	
栄養状態	TP	
	アルブミン値	
	総コレステロール	

心電図	所見	
-----	----	--

- ※ 糖尿病疾患のあるかたはHbA1cの検査をお願いします。
- ※ 検査データのコピーを添付して下さい。
- ※ 過去の検査データもございましたらコピーで結構ですでお知らせ下さい。

お手数をおかけしますが宜しくお願い致します。

* 当施設ご利用希望者さまへ 健康診断書と併せて医療機関にご提出ください。