

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有難うございます。

当施設への入所希望者の受け入れ審査に際し、介護老人保健施設で適切な介護が可能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。

患者名

	様	検査実施日	年	月	日
肝疾患	GOT				
	GPT				
	LDH				
	Ch-E				
	総ビリルビン				
腎疾患	クレアチニン				
	尿素窒素				
	Na (ナトリウム)				
	K (カリウム)				
	Cl (クロール)				
貧血	赤血球数				
	ヘモグロビン				
	血小板数				
	MCV				
高脂血症	T-cho				
	TG				
栄養状態	ALB				
	TP				
	Lym (%)				
感染症後	CRP				
	白血球数				
糖尿病	血糖				
	グリコヘモグロビンA1c				

令和 年 月 日 医療機関名
所在地

医師氏名

印

介護老人保健施設 ほのぼの