

## 医療情報提供のお願い

当センター入所申込みに際し、別添の健康診断書の記載及び、下記の検査をお願いします。

ご利用者氏名 \_\_\_\_\_ 様

検査データ 平成 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日実施

種 別	検 査 項 目	測 定 値
血液検査	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
	LDLコレステロール	LDL-C
	中性脂肪	TG
	GOT (AST)	
	GPT (ALT)	
	γGTP	
	Na (ナトリウム)	
	K (カリウム)	
	Cl (クロール)	
	CRP	
	FBS	
	グリコヘモグロビンA1C	

\* 心疾患・高血圧がある方は、心電図のデータのコピーを添付してください。

\* 喀痰吸引がある方はMRSAの検査データ、呼吸器疾患の既往がある方は胸部レントゲンフィルムをお願いいたします。

横浜市総合保健医療センター  
総合相談室

TEL 045 (475) 0103  
FAX 045 (475) 0101