**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 令和 　 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 | 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 |  |
| 空腹時血糖 |  |
| ＨｂＡ１Ｃ（ＮＧＳＰ値） |  |

＊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