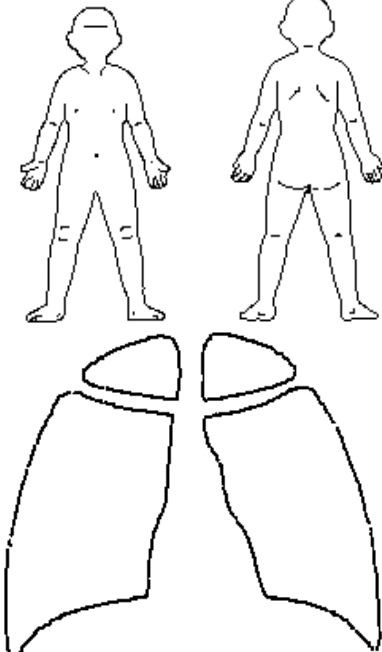


## 健康診断書(診療情報提供書)

氏名		生年月日	M T S	年 月 日	歳
現病名		発病年月日			
既往歴 / 現病歴 及び 現在の 治療状況 (処置・内服等)	身長( )cm 体重( )kg		*障害の原因(部位斜線)		
					
撮影年月日 年 月 日					
<b>検査所見</b>					
検査日 年 月 日		血圧	( / mmHg)		
<b>検血一般</b>			<b>血液生化学検査</b> (生化学検査は貼付していただいても結構です)		
WBC × 10 <sup>3</sup>	/ μl		総蛋白		総コレステロール
RBC × 10 <sup>6</sup>	/ μl		アルブミン		Na
Hb	g/dl		GOT		K
Ht	%		GPT		Cl
Pt × 10 <sup>3</sup>	/ μl		ALP		BUN
HBs抗原	( - ・ + )		総ビリルビン		Cre
HCV抗体	( - ・ + )		γ-GTP		尿酸
血糖値			心電図		
HbA1c					
MRSA 検査実施・未実施 (+・-) +のときの部位( ) ※実施の場合					
その他の感染症疾患の有無 (+・-) +の場合その疾患( )					
年 月 日					
所在地					
病院名		(TEL - )			
医師氏名		(印)			

※MRSAは感染があると思われる場合のみ、その部位で検査をお願いします。鼻腔での検査は必要ありません。  
(注)ご利用の判定資料としますので、よろしくをお願いします。

