

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。
当施設の御利用希望者様の受け入れに際し、下記の検査データをお知らせ下さい。
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 _____

検査日 年 月 日

WBC	RBC	Hb	Ht	PLT	CRP
-----	-----	----	----	-----	-----

GOT	GPT	γ -GTP	LDL-C	HDL-C	中性脂肪
-----	-----	---------------	-------	-------	------

Alb	BUN	Cr	Na	K	Cl
-----	-----	----	----	---	----

FBS	HbA1c
-----	-------

障害高齢者の日常生活自立度	自立	J1	J2	A1	A2	B1	B2	C1	C2
---------------	----	----	----	----	----	----	----	----	----

認知症高齢者の日常生活自立度	自立	I	IIa	IIb	IIIa	IIIb	IV	M
----------------	----	---	-----	-----	------	------	----	---

- ※ 糖尿病疾患のあるかたはHbA1cの検査をお願いします。
- ※ 過去の検査データもございましたらコピーで結構ですのでお知らせください。

* 当施設ご利用希望者様へ 健康診断書と併せて医療機関にご提出ください。