診療情報提供書・入居希望者検査結果証明書

森田記念会　　年　　月　　日

医療機関名
住　所
TEL番号
医師名　　印

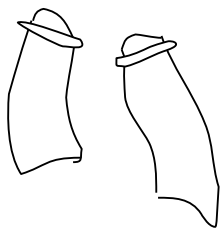
氏　名　　男・女	明・大・昭　　年　　月　　日（　　歳）
住　所　〒　　TEL	

【主病名】 発生年月日

【既往及び経過】

【現在の処方】点眼薬の記入もお願いします

【検査項目】

生化学的検査	総蛋白	血液学的検査	赤血球	胸部X線写真のコピー又はCDROM等を添付して下さい
	アルブミン		白血球	
	GOT（AST）		血色素	 CTR　　%
	GPT（ALT）		ヘマトクリット	
	LDH		血小板	
	HDL-CHO	検尿	糖	
	LDL-CHO		蛋白	
	TG		潜血	
	尿素窒素		ウロビリ	
	クレアチニン	感染症	Hbs抗原	所見
	HbAlc		Hbs抗体（抗原陽性の場合）	
	ナトリウム		HCV抗体	
	カリウム		その他感染症	
	クロール			

上記検査項目の3か月以内の検査データ原本（コピー可）の添付をお願い致します。 ※感染症は必須