

| 検査日:平成 年 月 日 | | 心電図検査(コピー可) | 胸部X線撮影(コピー可) |
|---|-------|------------------------------------|---|
| 尿 検 査 血 液 型 検 査 生 科 学 検 査 | 蛋白 | 検査日 : 平成 年 月 日 異常所見 : 有 ・ 無 | 撮影日 : 平成 年 月 日 異常所見 : 有 ・ 無 結核の所見 : 有 ・ 無 |
| | 糖 | | |
| | 潜血 | | |
| | RBC | | |
| | Hb | | |
| | Hct | | |
| | PLT | | |
| | WBC | | |
| TP | T-cho | Na | |
| AST | T-G | K | |
| ALT | BUN | Cl | |
| γ-GTP | CRE | BS | |
| LDH | UA | CRP | |
| 上記データに異常値があった場合の対処方法がありましたらご記入下さい | | | |
| その他 特記事項 | | | |

平成 年 月 日

医療機関名 :

住所:

電話番号 () -

科名:

医師名:

印