

診療担当の先生方へお願い

お手数ですが、下記の各検査項目につき最近1ヶ月以内の結果をご記入お願い申し上げます。
なお検査結果は伝票のコピーで代用していただいても結構です。

新戸塚病院

【血液検査】 検査日 年 月 日

WBC		T-P		UA	
RBC		ALB		BUN	
Hb		T-Bil		Cre	
Ht		AST(GOT)		Na	
Platelet		ALT(GPT)		K	
PT-INR		GTP		Cl	
梅毒定性STS	()	T-CHO		Ca	
梅毒定性TP抗体	()	HDL-C		Glu	
HBs抗原	()	TG		HbA1c	
HCV抗体	()	CK		CRP	

PT-INRはワーファリン投与の場合のみ

HbA1cは糖尿病の場合のみ

【尿検査】 検査日 年 月 日

尿比重		ウロビリノーゲン	()
蛋白	()	白血球	()
糖	()	赤血球	()
潜血	()	細菌	()

【細菌培養】 検査日 年 月 日

検体	咽頭粘液	鼻腔粘液	喀痰
結果	MRSA	(+)	(-)

【心電図】 検査日 年 月 日

正常範囲	・	所見あり	()
------	---	------	-----

【胸部X線】 検査日 年 月 日

右図に記載してください。

