

(臨床病理学的検査)													
		年月日	年月日	年月日	年月日			年月日	年月日	年月日	年月日		
現 症	血液学的検査	白血球数	/mm ³	/mm ³	/mm ³	/mm ³	血液学的検査 (白血球百分比(%))	好中球	かん棒状核				
		赤血球数	万/mm ³	万/mm ³	万/mm ³	万/mm ³		好塩基球					
		ヘモグロビン	g/dl	g/dl	g/dl	g/dl		好酸球					
		ヘマトクリット	%	%	%	%		単球					
		網状赤血球数	% _o	% _o	% _o	% _o		リンパ球					
		血小板数	万/mm ³	万/mm ³	万/mm ³	万/mm ³		リンパ芽球					
								後骨髄球					
		ヘモグロビンA1c	%	%	%	%		骨髄球					
								前骨髄球					
	血液生化学的検査	AST	IU/l	IU/l	IU/l	IU/l	骨髄芽球						
		ALT	IU/l	IU/l	IU/l	IU/l	形質細胞						
		γ-GTP	IU/l	IU/l	IU/l	IU/l							
尿検査						混濁							
						たん蛋白							
						糖							
	CRP	mg/dl	mg/dl	mg/dl	mg/dl	ウロビリノーゲン							
	血圧値	最大 mmHg 最小 mmHg	最大 mmHg 最小 mmHg	最大 mmHg 最小 mmHg	最大 mmHg 最小 mmHg	潜血							
その他の検査	年月日		年月日		年月日		年月日						
判定	異常の有無及び異常のあるときは、その症状又は診断名			年月日	年月日	年月日	年月日						
				無・有 ()	無・有 ()	無・有 ()	無・有 ()						
	治療の要否			(入院)要・否 (入院外)	(入院)要・否 (入院外)	(入院)要・否 (入院外)	(入院)要・否 (入院外)						
特に記すべき医師の意見													
実施場所													
実施機関名													
担当医師名													