

● 血液検査

血液検査					
病棟.科		依頼医			
氏名		年令	男 女		
			検査年月日		
CBC			検体番号		
$\times 10^3/\mu\ell$	WBC	40~90			
$\times 10^4/\mu\ell$	RBC	M F	431~565 378~497		
g/dℓ	HGB	M F	13.7~17.4 11.3~14.9		
%	HCT	M F	40.2~51.5 33.6~44.6		
fℓ	MCV	84~97			
pg	MCH	28~33			
g/dℓ	MCHC	31~36			
$\times 10^3/\mu\ell$	PLT	13.4~34.9			
出 血 時 間					
凝 固 時 間					
血 液 型 A B O					
Rh(D)		陽性	陰性		
C R P 定 性		-	+	++	++
C R P 定 量		mg/dℓ			

●生化学検査

● 尿検査

尿検査(依頼)報告書									
病棟 セット 採取(検査)日									
外来 尿 14 年 月 日									
重要: I D <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> (才)									
氏名 様									
■ 尿一般									
比重					色調 ()				
PH 5 6 7 8 9					透・濁				
蛋白 - ± + ++ +++					ウロビリ ()				
糖 - ± + ++ +++					ケトン体 ()				
潜血 - ± + ++ +++					ビリルビン ()				
宏和クリニック									
■ 妊娠反応 - +									
■ 沈渣(400×) <染色>									
赤血球 / 視野					() 円柱 + ++				
白血球 / 視野					硝子・円柱 + ++				
扁平上皮 / 視野					精子 + ++				
円形細胞 / 視野					細菌 + ++				
移行上皮 / 視野					トリコモナス + ++				
脂肪顆粒細胞 + ++					粘液絲 + ++				
シュウ酸Ca + ++					尿酸アンモ + ++				
尿酸結晶 + ++					リン酸アンモ + ++				
無晶性尿酸塩 ()					無晶性リン酸塩 ()				
宏和クリニック									

●透析記録

透析記録		臨床工学士		BedNo.	
看護師		透析時間	時間	前体重	液体量
透析開始	:			kg	kg
透析終了	:			DW(前回体重)	
透析法	HD.()			kg	
ダイライザー				増加体重	差(除水量)
ラッピド	左・右内シント			kg	kg
アクセス	ワキカラーブル			体重増加量	
穿刺	S・W			+300	
透析前の状態				食事量	() g
				前後	主副割
				水分量	
				補液量	
				予定期除水量	
				除水量/H	
シャント音	良好・不良	T.P.BP	前 9 10 11 12 13 14	注射	
39 120	250		○ ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○		
38 100	200		○ ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○		
37 80	150		○ ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○		
36 60	100		○ ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○		
35 40	50		○ ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○	医師の指示	
総除水量				() L	
透析液圧					
静脈圧					
血流量/min					
温度					
生食量	+ /%				
時刻	情報 (S・O)	判断・計画 (A・P)	実施・結果	サイン	
シャント音	良好・不良				

●超音波検査報告

超音波検査(報告)		I D No 氏名 生年月日	
氏名 男・女 才科(病機)		発行年月日	
<input type="checkbox"/> 至急検査		<input type="checkbox"/> 指 示 科 Dr 年 月	
<input type="checkbox"/> 予約検査 年 月 日 時 分			
検査部位 <input type="checkbox"/> 甲状腺 <input type="checkbox"/> 乳腺(左・右) <input type="checkbox"/> 肝 <input type="checkbox"/> 胆道		<input type="checkbox"/> 経験 <input type="checkbox"/> その他()	
臨床診断			
検査目的・異常所見		前回 U S No	
検査年 月 日 U S No		第 回	検査医
検査所見			
超音波診断			
備考		検閲医 報告医	

(裏)

心電図台紙

I	V ₁	(表)
---	----------------	-----

(表)

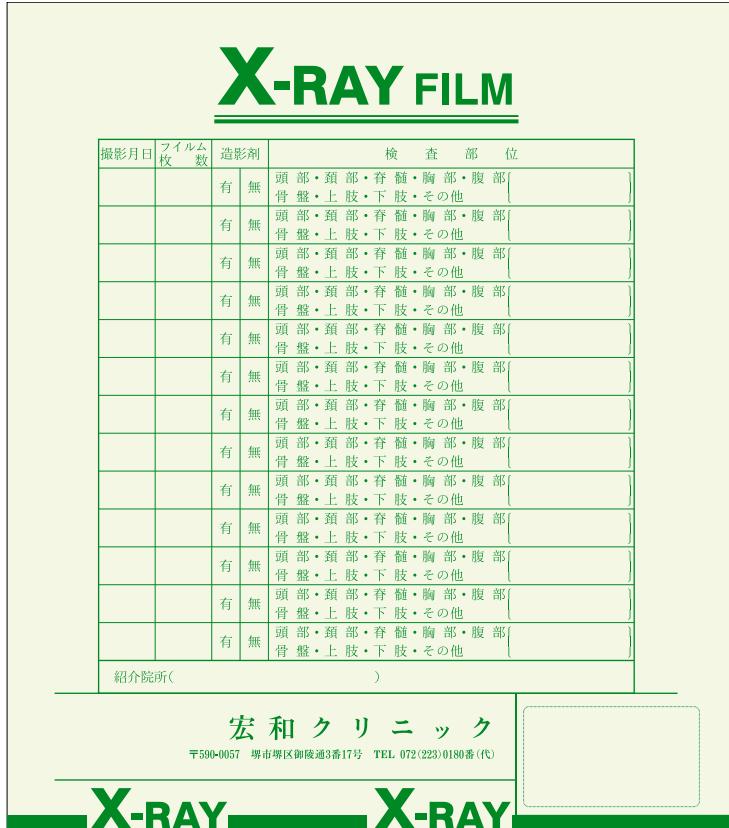
ANSWER

<p style="text-align: center;">心 電 図</p> <p style="text-align: center;">整理番号 _____ カルテ番号 _____</p> <p style="text-align: center;">氏名 _____ 様 男・女 (_____ 才)</p> <p style="text-align: center;">平成 年 月 日</p>	<p>心電図所見</p> <p>Rhythm _____ Rate _____ /min</p> <p>P _____ PQ _____</p> <p>QRS _____ ST _____</p> <p>T _____ QT _____</p> <p>Electrical Position _____</p> <p>Electrical Axis _____</p> <p>Transitional Zone _____</p> <p>備考 負荷心電図 直後、 5分後、 10分後</p> <p>心電図診断 _____ _____ _____</p>
--	---

● X 線検査報告

X線検査報告						
氏名	男・女	才	科(病棟)	外来	
予約日	年	月	日	(曜日)	依頼医師	
臨床診断						
検査目的						
検査日	年	月	日	検査技師		
検査所見						
診断						
備考						
報告医 宏和クリニック						

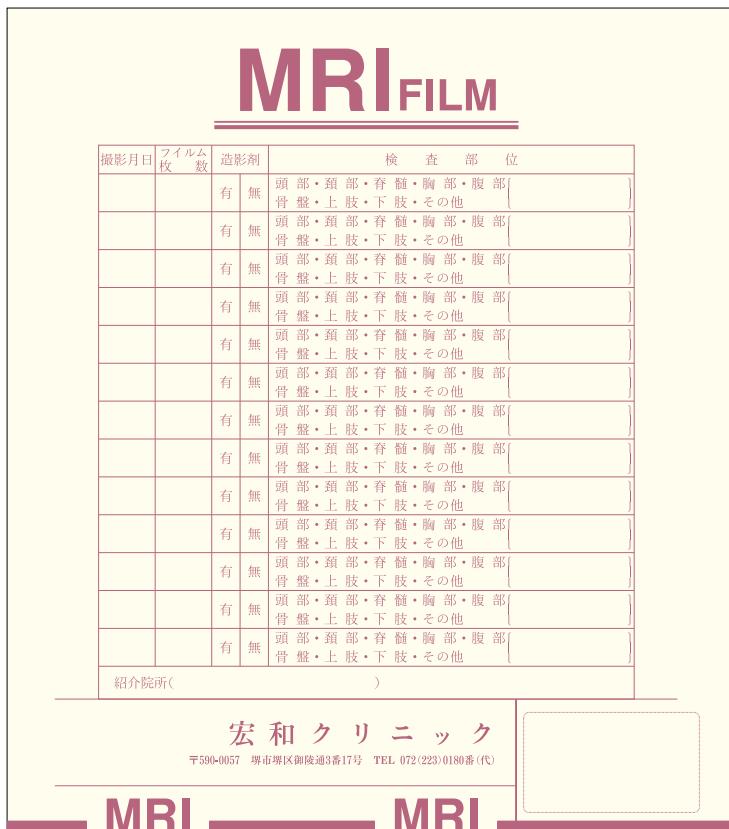
● X線フィルム袋



●MRI検査依頼書

H B ()	H C ()	W ()	M R I 検査依頼書 (カルテ用)				
I D 氏名 生年月日			病院・医院 外来 科 入院 病室 歩行・車イス・ストレッチャー				
			検査日時 平成 年 月 日() 午前・午後 時 分				
MRI・Nm							
臨床診断			指示部位 頸部 腹部 頸椎 その他 胸椎 *詳細部位 腰椎 脊髄 四肢				
病歴及び検査目的			断層方向 その他 水平断 矢状断 冠状断				
依頼日 平成 年 月 日 医師			造影剤 要() • 不要				
備考 緊急・普通			單純		× 枚		技師 枚
所見			造影		× 枚		
平成 年 月 日 診断医							
宏和クリニック 〒590-007 大阪府岸和田市御陵通3番17号 TEL 072(223)0180							

●MRIフィルム袋



●CT検査報告書

頭部(脳) CTスキャンレポート		体部 CTスキャンレポート																																																																											
入院・外来		入院・外来																																																																											
<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td colspan="2" style="text-align: center; padding: 2px;">患者氏名</td> <td colspan="2" style="text-align: center; padding: 2px;">所属 病院 科 病棟</td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="text-align: center; padding: 2px;">(太字内依頼記入)</td> <td colspan="2" style="text-align: center; padding: 2px;">住所 依頼医師</td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="text-align: center; padding: 2px;">様</td> <td colspan="2" style="text-align: center; padding: 2px;">TEL</td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="text-align: center; padding: 2px;">M・T・S・H 年月日 生(才)男・女</td> <td colspan="2" style="text-align: center; padding: 2px;">患者の搬送 役行・車椅子・ストレッチャー</td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="text-align: center; padding: 2px;">造影 有・無 脾胃機能 正常・異常・未施工</td> <td colspan="2" style="text-align: center; padding: 2px;">麻酔 要・不要 験臓位 可・不可</td> </tr> <tr> <td colspan="4" style="text-align: center; padding: 2px;">臨床診断及び疾患部位</td> </tr> <tr> <td colspan="4" style="text-align: center; padding: 2px;">既往歴、手術歴</td> </tr> <tr> <td colspan="4" style="text-align: center; padding: 2px;">臨床経過</td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="text-align: center; padding: 2px;">スキャン実施年月日 平成 年月日 午前 時 分 [造影剤反応 + -]</td> <td colspan="2" style="text-align: center; padding: 2px;">検査予定日時 年月日 午前 時 分より</td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="text-align: center; padding: 2px;">CT診断 年月日 報告医 C.T. No.</td> <td colspan="2" style="text-align: center; padding: 2px;">病院 患者氏名 依頼医師</td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="text-align: center; padding: 2px;">宏和クリニック</td> <td colspan="2" style="text-align: center; padding: 2px;">科 様 フルネーム</td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="text-align: center; padding: 2px;">病棟 M・T・S・H 年月日 生(才)男・女 患者の搬送</td> <td colspan="2" style="text-align: center; padding: 2px;">病棟 M・T・S・H 年月日 生(才)男・女 患者の搬送</td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="text-align: center; padding: 2px;">(- + -) 麻酔 要・不要 禁忌薬 醫・急 患者名</td> <td colspan="2" style="text-align: center; padding: 2px;">(- + -) 麻酔 要・不要 禁忌薬 醫・急 歩行・車椅子・ストレッチャー</td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="text-align: center; padding: 2px;">臨床診断</td> <td colspan="2" style="text-align: center; padding: 2px;">希望検査部位 頭部・胸部・腹部・四肢</td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="text-align: center; padding: 2px;">既往歴、手術歴</td> <td colspan="2" style="text-align: center; padding: 2px;">指 示</td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="text-align: center; padding: 2px;">臨床経過</td> <td colspan="2" style="text-align: center; padding: 2px;">1. 第7頸椎棘突起より 2. 胸骨上縁より 3. 胸骨下縁より 4. 肋骨上縁より 5. 尺骨肘頭より 6. 股骨頭より</td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="text-align: center; padding: 2px;">スキャン実施日 年月日() 時 分 有・無</td> <td colspan="2" style="text-align: center; padding: 2px;">C.T. No. 指示部位</td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="text-align: center; padding: 2px;">CT診断 年月日 報告医</td> <td colspan="2" style="text-align: center; padding: 2px;">胸骨上縁より</td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="text-align: center; padding: 2px;">宏和クリニック</td> <td colspan="2" style="text-align: center; padding: 2px;">病理診断</td> </tr> </table>		患者氏名		所属 病院 科 病棟		(太字内依頼記入)		住所 依頼医師		様		TEL		M・T・S・H 年月日 生(才)男・女		患者の搬送 役行・車椅子・ストレッチャー		造影 有・無 脾胃機能 正常・異常・未施工		麻酔 要・不要 験臓位 可・不可		臨床診断及び疾患部位				既往歴、手術歴				臨床経過				スキャン実施年月日 平成 年月日 午前 時 分 [造影剤反応 + -]		検査予定日時 年月日 午前 時 分より		CT診断 年月日 報告医 C.T. No.		病院 患者氏名 依頼医師		宏和クリニック		科 様 フルネーム		病棟 M・T・S・H 年月日 生(才)男・女 患者の搬送		病棟 M・T・S・H 年月日 生(才)男・女 患者の搬送		(- + -) 麻酔 要・不要 禁忌薬 醫・急 患者名		(- + -) 麻酔 要・不要 禁忌薬 醫・急 歩行・車椅子・ストレッチャー		臨床診断		希望検査部位 頭部・胸部・腹部・四肢		既往歴、手術歴		指 示		臨床経過		1. 第7頸椎棘突起より 2. 胸骨上縁より 3. 胸骨下縁より 4. 肋骨上縁より 5. 尺骨肘頭より 6. 股骨頭より		スキャン実施日 年月日() 時 分 有・無		C.T. No. 指示部位		CT診断 年月日 報告医		胸骨上縁より		宏和クリニック		病理診断	
患者氏名		所属 病院 科 病棟																																																																											
(太字内依頼記入)		住所 依頼医師																																																																											
様		TEL																																																																											
M・T・S・H 年月日 生(才)男・女		患者の搬送 役行・車椅子・ストレッチャー																																																																											
造影 有・無 脾胃機能 正常・異常・未施工		麻酔 要・不要 験臓位 可・不可																																																																											
臨床診断及び疾患部位																																																																													
既往歴、手術歴																																																																													
臨床経過																																																																													
スキャン実施年月日 平成 年月日 午前 時 分 [造影剤反応 + -]		検査予定日時 年月日 午前 時 分より																																																																											
CT診断 年月日 報告医 C.T. No.		病院 患者氏名 依頼医師																																																																											
宏和クリニック		科 様 フルネーム																																																																											
病棟 M・T・S・H 年月日 生(才)男・女 患者の搬送		病棟 M・T・S・H 年月日 生(才)男・女 患者の搬送																																																																											
(- + -) 麻酔 要・不要 禁忌薬 醫・急 患者名		(- + -) 麻酔 要・不要 禁忌薬 醫・急 歩行・車椅子・ストレッチャー																																																																											
臨床診断		希望検査部位 頭部・胸部・腹部・四肢																																																																											
既往歴、手術歴		指 示																																																																											
臨床経過		1. 第7頸椎棘突起より 2. 胸骨上縁より 3. 胸骨下縁より 4. 肋骨上縁より 5. 尺骨肘頭より 6. 股骨頭より																																																																											
スキャン実施日 年月日() 時 分 有・無		C.T. No. 指示部位																																																																											
CT診断 年月日 報告医		胸骨上縁より																																																																											
宏和クリニック		病理診断																																																																											

●CTフィルム袋

