

尿検査申込書・同意書

| | | | | | |
|-------|---|---|--------------------|---|---|
| 氏名 | 注意書きを確認の上自署 | | | | |
| 住所 | 〒 - 電話番号 - - | | 福島市 | | |
| 身長・体重 | cm kg | | 折り曲げて以下をFAX 男 女 | | |
| 生年月日 | T | S | H | 年 | 月 |
| 病歴 | ----- ----- ----- | | | | |
| 服用薬 | ----- ----- ----- ----- ----- | | | | |

この検査は診断をするためではなく、ご自分の状態を把握して頂くための検査です。
 検査の結果により、健康診断や医師の受診勧奨、生活指導などを行わせて頂きます。
 この申込書に記載された情報は検査薬局の業務に使用させていただきます。また、氏名住所は匿名化を行い
 福島薬剤師会及び福島市国保年金課・協会「けんぽ福島支部」の集計業務に使用させていただきます。

| | | | | | | |
|------|---------------------------------|------|--------|------|----|----|
| 検査日 | 令和 年 月 日 | | | | | |
| 検査結果 | 尿糖 | — | ± | + | 2+ | 3+ |
| | 蛋白尿 | — | ± | + | 2+ | 3+ |
| 対応措置 | 値説明 | 生活指導 | 健診受診勧奨 | 受診勧奨 | | |
| 指導内容 | コメント ----- ----- ----- | | | | | |
| 薬局名 | | | | 薬剤師名 | | |

氏名・住所を隠して薬剤師会にFAX(525-8512)