

血液検査申込書（自費）

ふりがな		電話番号
お名前		()
生年月日	大・昭・平・令	年 月 日
住所	〒	

ご希望の血液検査メニューに○をご記入ください。

◎当日結果が出るもの

	肝機能チェック	1,100円
	腎機能チェック	880円
	飲酒関連	880円
	脂質チェック	1,100円
	健診セット（HbA1cのみ結果後日）	4,950円

◎結果が後日になるもの

	糖尿病チェック	1,650円
	血液型	880円
	梅毒	1,650円
	B型肝炎（現在）	1,650円
	B型肝炎（過去～現在）	5,500円
	C型肝炎	2,200円
	HIV	2,750円
	麻疹抗体	1,650円
	風疹抗体	1,650円
	おたふくかぜ抗体	4,400円
	ヘリコバクター・ピロリ抗体	1,650円

	医師と相談して決めたい
--	-------------

2枚目へ続きます→

本日ご希望される血液検査項目について、過去に問題を指摘されたことはありますか。
<input type="checkbox"/> ある <input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> 不明
検査前の診察を希望されますか。※1
<input type="checkbox"/> 希望する <input type="checkbox"/> 希望しない
結果説明はどちらを希望されますか。※1
<input type="checkbox"/> 診察で説明を受けたい → () 当日 () 後日
<input type="checkbox"/> 郵送 ※2

※1 検査前の診察、当日の結果説明を希望される場合は初診料（2,200 円）、
後日の結果説明を希望される場合は再診料（880 円）がかかります。

※2 ご希望の方は医師のコメントをつけて郵送も可能です。

ご記入ありがとうございました。