

## 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
	血球検査	2,200 円
	鉄・フェリチンセット	2,200 円
	カルシウム	440 円
	リンパ腫マーカー（sIL-2R）	5,000 円
	免疫グロブリン（IgG、IgA、IgM）	3,300 円

※健診セット→肝機能、腎機能、飲酒関連、脂質、糖尿病チェック、TP、ALB、LDH、CRP

### ◎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
	亜鉛	1,430 円
	マグネシウム	440 円
	ビタミンB12	1,100 円
	葉酸	1,100 円
	25OHビタミンD	3,300 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

2枚目へ続きます→

(結果後日)

	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
	その他 ( ) ※項目の記載された書類などをお持ちでしたらご提示お願いいたします。

本日も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"/> あり <input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> 不明
検査前の診察を希望されますか。※
<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。※
<input type="checkbox"/> 診察で説明をうけたい → ( ) 当日 ( ) 後日
<input type="checkbox"/> 結果のみ受け取りたい → ( ) 当日 ( ) 後日
<input type="checkbox"/> 郵送
結果のみ受け取り・郵送の方
医師からのコメントをお付けしますか。
<input type="checkbox"/> 希望する <input type="checkbox"/> 希望しない

※ 以下の場合、診察料がかかります。

初診料 (2,200 円) → 検査前の診察

検査前の診察なし、当日検査後の結果説明

当日検査のみ、後日の結果説明

再診料 (880 円) → 検査前の診察あり、後日結果説明

ご記入ありがとうございました。