

血液検査申込書（自費）

術前検査セット

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

不足分は適宜追加も対応しておりますが、不要分の一部削除は対応しておりません。
ご自身の検査リストと比べてご確認ください。
医師による確認をご希望の方は、診察をお受けいただきますようお願いいたします。
検査項目は2枚目に記載があります。

不足分の追加はこちらにご記入をお願いいたします。

--

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
<input type="checkbox"/> 結果のみ受け取りたい
<input type="checkbox"/> 郵送

※ 以下の場合は、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

◎術前検査セット（結果後日・所要日数4日以内） 18,000 円

検査項目（略語）	
WBC	白血球数
RBC	赤血球数
Hb	ヘモグロビン=血色素量
Hct	ヘマトクリット
Plt	血小板数
MCV,MCH,MCHC	
AST	
ALT	
ALP	
γ-GTP	
T-Bil	総ビリルビン
BUN	尿素窒素
Cre	クレアチニン
eGFR	
Na,K,Cl	
BS	血糖
HbA1c	
HBs-Ag	HBs 抗原
HBs-Ab	HBs 抗体
HCV-Ab	HCV 抗体
HIV-Ag/Ab	HIV 抗体抗原
TP	梅毒 TP 抗体
RPR	RPR 法
PT	プロトロンビン時間
APTT	活性化部分トロンボプラスチン時間
ABO,Rh	血液型