

## 検査データのお持ち込みをご希望される方へ

当院にて自費診療を希望される方に初診時に初診時検査セットをお受け頂いております。

**初診時検査セット**：感染症検査、クラミジア抗体検査、肝機能検査、腎機能検査、貧血検査、血糖値、血液型、甲状腺検査（22,000円）。

また2021年11月からはクラミジア抗原検査(5,500円)も必須としております。

上記の採血データをご持参いただく場合は、当院の必須項目のデータがすべて揃っている、かつ採血日が1年未満となっております。

感染症、基本の各セットごとに1項目でも不足している場合は、セットの採血が必要となります。(血液型、甲状腺は別途採血可能)

ご持参いただく患者様の採血のデータと下記の表に当てはまる項目名がございましたら、チェックと採血日を記入していただき、ご来院時に採血データのコピーと共に受付へご提出ください。

採血日が異なる場合は、項目ごとに日付のご記入をお願いします。

記入例

① お手持ちのデータが全て揃わない場合は【感染症セット】の採血が必要になります。

採血日が同日の場合は一カ所のみご記入ください。

感 染 症	肝炎ウイルス	<input checked="" type="checkbox"/>	HBs抗原/CLIA	2023/3/1	¥11,000
		<input checked="" type="checkbox"/>	HCV抗体 3rd		
	梅毒	<input checked="" type="checkbox"/>	梅毒 RPR法 定性		
		<input checked="" type="checkbox"/>	梅毒 TP抗体定性		
	クラミジア (C.トラコマティス抗体)	<input type="checkbox"/>	クラミジア IgA 判定		
	<input type="checkbox"/>	クラミジア IgG 判定			
	HIV	<input checked="" type="checkbox"/>	HIV抗原抗体/CLIA		

② 血液型と甲状腺は【基本セット】に含まれますが、データご持参の場合は個別で採血する事ができます。

採血日が異なる場合は、古いお日にちのみ反映させていただきます。

基 本	肝機能等	<input checked="" type="checkbox"/>	総ビリルビン	2023/3/1	¥4,400		
		<input checked="" type="checkbox"/>	総蛋白(TP)				
		<input checked="" type="checkbox"/>	アルブミン(Alb)				
		<input checked="" type="checkbox"/>	AST(GOT)				
		<input checked="" type="checkbox"/>	ALT(GPT)				
		<input checked="" type="checkbox"/>	γ-GT (γ-GTP)				
		<input checked="" type="checkbox"/>	LD/IFCC				
		<input checked="" type="checkbox"/>	CRP 定量/LA				
		<input checked="" type="checkbox"/>	LDL コレステロール				
		<input checked="" type="checkbox"/>	HDL コレステロール				
		<input checked="" type="checkbox"/>	中性脂肪(TG)				
	腎機能	<input checked="" type="checkbox"/>	尿酸(UA)			2022/7/7	
		<input checked="" type="checkbox"/>	尿素窒素(UN)				
		<input checked="" type="checkbox"/>	クレアチニン				
	貧血検査	<input checked="" type="checkbox"/>	白血球(WBC)				
	<input checked="" type="checkbox"/>	赤血球(RBC)					
	<input checked="" type="checkbox"/>	血色素量(Hb)					
	<input checked="" type="checkbox"/>	ヘマトクリット(Ht)					
	<input checked="" type="checkbox"/>	血小板数					
	<input checked="" type="checkbox"/>	MCV					
	<input checked="" type="checkbox"/>	MCH					
	<input checked="" type="checkbox"/>	MCHC					
血糖	<input checked="" type="checkbox"/>	HbA1c(NGSP)					
血液型	<input type="checkbox"/>	血液型 ABO 式		¥1,100			
	<input type="checkbox"/>	血液型 Rh(D) 式					
甲状腺	<input type="checkbox"/>	TSH/ECRIA		¥5,500			
	<input type="checkbox"/>	FT3/ECLIA					
	<input type="checkbox"/>	FT4/ECRIA					

# 採血項目チェックリスト

		<input type="checkbox"/>	項目名	採血日	料金	
セ ツ ト 名	感 染 症	肝炎ウイルス	<input type="checkbox"/> HBs抗原/CLIA <input type="checkbox"/> HCV抗体 3rd		¥11,000	
		梅毒	<input type="checkbox"/> 梅毒 RPR法 定性 <input type="checkbox"/> 梅毒 TP抗体定性			
		クラミジア (C.トラコマティス抗体)	<input type="checkbox"/> クラミジア IgA 判定 <input type="checkbox"/> クラミジア IgG 判定			
		HIV	<input type="checkbox"/> HIV抗原抗体/CLIA			
		肝機能等	<input type="checkbox"/> 総ビリルビン <input type="checkbox"/> 総蛋白(TP) <input type="checkbox"/> アルブミン(Alb) <input type="checkbox"/> AST(GOT) <input type="checkbox"/> ALT(GPT) <input type="checkbox"/> $\gamma$ -GT ( $\gamma$ -GTP) <input type="checkbox"/> LD/IFCC <input type="checkbox"/> CRP 定量/LA			
	基 本	腎機能	<input type="checkbox"/> 尿酸(UA) <input type="checkbox"/> 尿素窒素(UN) <input type="checkbox"/> クレアチニン		LDL コレステロール HDL コレステロール 中性脂肪(TG)	¥4,400
		貧血検査	<input type="checkbox"/> 白血球(WBC) <input type="checkbox"/> 赤血球(RBC) <input type="checkbox"/> 血色素量(Hb) <input type="checkbox"/> ヘマトクリット(Ht) <input type="checkbox"/> 血小板数 <input type="checkbox"/> MCV <input type="checkbox"/> MCH <input type="checkbox"/> MCHC			
		血糖	<input type="checkbox"/> HbA1c(NGSP)			
		血液型	<input type="checkbox"/> 血液型 ABO 式 <input type="checkbox"/> 血液型 Rh(D)式			
		甲状腺	<input type="checkbox"/> TSH/ECRIA <input type="checkbox"/> FT3/ECLIA <input type="checkbox"/> FT4/ECRIA		¥5,500	

氏名 \_\_\_\_\_

生年月日 \_\_\_\_\_ 年 月 日