

採血データの持ち込みをご希望される方へ

当院にて治療を希望される方に(自費診療、保険診療問わず)、初診時に初診スクリーニング採血セットをお受けいただいています。

初診スクリーニング採血セット(32,840円(税別))

感染症検査、貧血検査、肝機能検査、腎機能検査、凝固機能検査、血糖、血液型、甲状腺検査、卵巣予備能、ビタミン&ミネラル

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

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、セット採血が必須となります。(血糖、血液型、甲状腺、卵巣機能、ビタミン&ミネラルは別途採血可能)

ご持参いただく患者さまの採血データとチェックリストに当てはまる詳細項目がございましたら、チェックと採血日を記入いただき、必ず初診時に採血データのコピーとともに受付へご提出ください。

初診時に採血データのチェックリスト(本書)をご提出できない場合、採血データの採用はできません。

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いたします。

【記入例】

1. お手持ちの採血データがすべて揃っていない場合は『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、1ヵ所のみご記入ください。

セット名	項目名	<input type="checkbox"/>	詳細項目	採血日	料金(税別)
感 染 症	肝炎ウイルス	<input checked="" type="checkbox"/>	HBs抗原/CLIA	2023/5/29	9,630円
		<input checked="" type="checkbox"/>	HCV抗体 3rd		
	梅毒	<input 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 checked="" type="checkbox"/>	クラミジア IgA 判定		
	<input checked="" type="checkbox"/>	クラミジア IgG 判定			
	HIV	<input checked="" type="checkbox"/>	HIV抗原抗体/CLIA		

2. 血糖、血液型、甲状腺、卵巣機能、ビタミン&ミネラルは、『基本セット』に含まれますが、採血データをご持参の場合は、項目別で採血することができます。

採血日が異なる場合は、古い日付を基準日として採用させていただきます。

基 本	貧血検査	<input checked="" type="checkbox"/>	白血球 (WBC)	2022/12/26	4,500円
		<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		
	肝機能等	<input checked="" type="checkbox"/>	総ビリルビン (T-Bil)	2023/5/29	
		<input checked="" type="checkbox"/>	直接ビリルビン (D-Bil)		
	<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"/>	ALP			
	<input checked="" type="checkbox"/>	LD/IFCC			
	<input checked="" type="checkbox"/>	CRP			
	<input checked="" type="checkbox"/>	総コレステロール			
	<input checked="" type="checkbox"/>	中性脂肪 (TG)			
腎機能	<input checked="" type="checkbox"/>	尿酸 (UA)			
	<input checked="" type="checkbox"/>	尿素窒素 (UN)			
	<input checked="" type="checkbox"/>	クレアチニン			
凝固検査	<input checked="" type="checkbox"/>	PT			
	<input checked="" type="checkbox"/>	APTT			
血糖	<input type="checkbox"/>	HbA1c (NGSP)		760円	
	<input type="checkbox"/>	FBS			
血液型	<input type="checkbox"/>	血液型 ABO式		1,000円	
	<input type="checkbox"/>	血液型 Rh(D)式			
甲状腺	<input type="checkbox"/>	TSH/ECRIA		4,650円	
	<input type="checkbox"/>	FT3/ECLIA			
	<input type="checkbox"/>	FT4/ECRIA			
卵巣予備能	<input type="checkbox"/>	AMH		7,000円	
ビタミン&ミネラル	<input type="checkbox"/>	25(OH)VD		5,300円	
	<input type="checkbox"/>	Fe			
	<input type="checkbox"/>	Mg			

スクリーニング採血項目チェックリスト

※ 下記の採血データをご持参いただく場合は、**当院の必須項目データがすべて揃っている、かつ採血日が1年未満**であること
 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、セット採血が必須**となります。
 (血糖、血液型、甲状腺、卵巣機能、ビタミン&ミネラルは別途採血可能)

セット名	項目名	<input type="checkbox"/>	詳細項目	採血日	料金(税別)
感染症	肝炎ウイルス	<input type="checkbox"/>	HBs抗原/CLIA		9,630円
		<input type="checkbox"/>	HCV抗体 3rd		
	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		
基本	貧血検査	<input type="checkbox"/>	白血球 (WBC)		4,500円
		<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		
		肝機能等	<input type="checkbox"/>		
	<input type="checkbox"/>		直接ビリルビン (D-Bil)		
	<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"/>		γ-GT (γ-GTP)		
	<input type="checkbox"/>		ALP		
	<input type="checkbox"/>		LD/IFCC		
	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			
凝固検査	<input type="checkbox"/>	PT			
	<input type="checkbox"/>	APTT			
血糖	<input type="checkbox"/>	HbA1c (NGSP)	760円		
	<input type="checkbox"/>	FBS			
血液型	<input type="checkbox"/>	血液型 ABO式	1,000円		
	<input type="checkbox"/>	血液型 Rh(D)式			
甲状腺	<input type="checkbox"/>	TSH/ECRIA	4,650円		
	<input type="checkbox"/>	FT3/ECLIA			
	<input type="checkbox"/>	FT4/ECRIA			
卵巣予備能	<input type="checkbox"/>	AMH	7,000円		
ビタミン&ミネラル	<input type="checkbox"/>	25(OH)VD	5,300円		
	<input type="checkbox"/>	Fe			
	<input type="checkbox"/>	Mg			

ID _____ 氏名 _____ 生年月日 _____ 年 月 日

※ ご持参いただく患者さまの採血データと上記のチェックリストに当てはまる詳細項目がございましたら、
 チェックと採血日を記入していただき、**必ず初診時に採血データのコピーとともに受付へご提出**ください。
初診時に採血データのコピーとチェックリスト(本書)をご提出できない場合、採血データの採用はできません。
 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いたします。