

情報提供書（兼 血液検査依頼書）

フリガナ		医療機関名
患者様氏名	様	
生年月日	年 月 日 (歳)	御住所
性別	男 ・ 女	電話
当院診察券番号	有 () ・ 無	F A X
検査日時	年 月 日 時 分	御担当医

※血液検査に関しては感染症検査・甲状腺検査以外の検査項目は採血後1時間位で検査結果をファックスで返信する事が可能です。下記の結果報告方法のご記入をお願いします。

検査結果報告方法

結果返信方法	チェック
当日検査結果をファックスする。+ 後日結果報告書を郵送。	<input type="checkbox"/>
当日結果報告書を患者さんに渡す。	<input type="checkbox"/>
後日結果報告書を郵送する。	<input type="checkbox"/>

血液検査（セット）

※血液検査セットをご希望の場合はセット1 - 4を選択して丸く囲んで下さい。

※ ↓こちらを丸で囲んで下さい

セット1 (基本ルーチン)	TP ALB T-BIL GOT(AST) GPT(ALT) ALP LDH γ -GTP T-CHO TG HDL LDL CPK AMY UA BUN Cr Na Cl 血糖 血算
セット2 (緊急ルーチン)	TP ALB T-BIL GOT(AST) GPT(ALT) ALP LDH γ -GTP CPK AMY UA BUN Cr Na Cl K 血糖 血算 C R P
セット3 (糖尿病)	ALB GOT(AST) GPT(ALT) ALP T-CHO TG HDL UA Cr 血糖 HbA1c 血算
セット4 (甲状腺)	ALB ALP T-CHO TG UA Ca P 血糖 血算 TSH FT4 FT3

オプション検査

※オプション検査ご希望の場合は下記の検査項目を丸くお囲み下さい。

免疫学的検査	CRP インフルエンザ A群 β 溶連菌迅速試験定性 ノロウイルス定性
一般検査	尿定性 尿沈査 便潜血検査
血液学的検査	白血球像 PT (INR) APTT D-ダイマー
循環器検査	NT-proBNP CK-MB トロポニンI ミオグロビン
感染症検査	HBs抗原 HCV抗体 RPR TPHA

※必ずご記入をお願いします。

【検査目的・臨床所見・既往】

医療法人財団謙仁会亀有病院

予約センター電話番号直通

03-3601-0371

代表 03-3601-0186

FAX 03-3604-5518