

初診時必須検査の報告書

当院では、すべての患者様に安全な環境にて効果的な医療を受けていただけるよう初診時に必要な項目を検査しています。これらの検査項目は不顕性感染や潜在性甲状腺疾患など妊娠を妨げる要因を発見するために必要な検査です。

該当する検査項目の中で、当院の初診日から過去1年以内に検査を実施しその結果が正常範囲内であった場合はこの報告書の提出をもって検査を省略することができます。ただし、甲状腺検査(TSH、FT4)については値が正常範囲外の場合でも治療経過報告欄の記入をもって検査を省略できます。

- (注意) 1、以下の「検査結果欄」は主治医に記入してもらってください。
 2、検査施設情報欄は施設の方に記入してもらい、法人印を忘れずに受領してください。
 3、検査結果が正常範囲以外の場合は治療済みであっても確認を含めて再検査を行います。
 4、検査結果が正常範囲であっても当院にて再検査が必要と判断される場合があります。

患者氏名	生年月日	年	月	日
カタカナ	連絡先			

検査結果 * 検査施設の主治医記入欄			当院記入欄		
検査項目名	結果	検査実施年月日	精査	担当	費用
1 HBs抗原	col	年 月 日	<input type="checkbox"/> 不要 <input type="checkbox"/> 再検		¥748
2 HCV抗体	・陰性 ・陽性	年 月 日	<input type="checkbox"/> 不要 <input type="checkbox"/> 再検		¥165
3 RPR	R.U	年 月 日	<input type="checkbox"/> 不要 <input type="checkbox"/> 再検		¥396
4 TP抗体	U/mL	年 月 日	<input type="checkbox"/> 不要 <input type="checkbox"/> 再検		¥770
5 風疹HI抗体	倍	年 月 日	<input type="checkbox"/> 不要 <input type="checkbox"/> 再検		¥1,375
6 淋菌・クラミジアPCR	・陰性 ・陽性	年 月 日	<input type="checkbox"/> 不要 <input type="checkbox"/> 再検		¥3,894
7 HIV	・陰性 ・陽性	年 月 日	<input type="checkbox"/> 不要 <input type="checkbox"/> 再検		¥2,750
8 Zn(亜鉛)	μg/dl	年 月 日	<input type="checkbox"/> 不要 <input type="checkbox"/> 再検		¥1,100
9 HbA1c	%	年 月 日	<input type="checkbox"/> 不要 <input type="checkbox"/> 再検		¥681
10 ビタミンD	ng/mL	年 月 日	<input type="checkbox"/> 不要 <input type="checkbox"/> 再検		¥4,950
11 ホモシステイン	%	年 月 日	<input type="checkbox"/> 不要 <input type="checkbox"/> 再検		¥2,580
12 血液型		年 月 日	<input type="checkbox"/> 不要 <input type="checkbox"/> 再検		¥3,630
13 AMH	ng/ml	年 月 日	<input type="checkbox"/> 不要 <input type="checkbox"/> 再検		¥7,700
14 TSH	μIU/ml	年 月 日	<input type="checkbox"/> 不要 <input type="checkbox"/> 再検		¥1,892
15 FT4	ng/mL	年 月 日	<input type="checkbox"/> 不要 <input type="checkbox"/> 再検		¥2,310

↓ 甲状腺の治療をしている場合

甲状腺の治療経過報告欄 * 主治医記入欄			診察券番号
最終来院日	年	月	日
治療内容			

検査施設情報

施設名	法人印	主治医名
検査方法	・外注検査(検査会社名:) ・院内検査	
住所	〒	
電話番号		

2施設で検査している場合は以下に記入し、該当する検査の番号を○で囲んでください

2施設目で実施した検査は検査番号に○をつける	施設名	法人印	主治医名
	検査方法	・外注検査(検査会社名:) ・院内検査	
	住所	〒	
	電話番号		

来院時受領→コンサル前看護師チェック→コンサル→診察→同意書ファイル