

検査料金内訳書

会社名 _____

医薬品名等 _____

検査項目	保険点数	検査回数	検査金額	検査項目	保険点数	検査回数	検査金額
血液学的検査				生化学的検査(Ⅱ)			
末梢血液一般検査							
赤血球数 白血球数				免疫学的検査			
	27			C R P	27		
血小版数				微生物学的検査			
白血球分類(末梢血液像)	29						
プロトロン時間	22			病理学的検査			
生化学的検査(Ⅰ)				尿・糞便検査			
総蛋白	15			尿中一般物質定性半定量		28	
A / G 比	16			潜血・ケトン体			
総コレステロール				尿沈渣	27		
T-G(中性脂肪)	15						
総ビリルビン	15			画像診断			
直接ビリルビン				コンピュータ断層撮影			
アルブミン	15			胸部 X 線撮影			
G O T	25						
G P T	25			心電図	150		
γ - G T P	15			ホルター型心電図	1500		
A L P	15						
L D H	16			検体検査判断料			
C P K	16			尿・糞便等検査	30		
クレアチニン	15			血液学的検査	126		
BUN(尿素窒素)	15			生化学的検査(Ⅰ)	145		
UA(尿酸)	15			生化学的検査(Ⅱ)	126		
Na, Cl	15			免疫学的検査	133		
K	15			微生物学的検査	138		
P(リン脂質)	22			病理学的検査			
血糖							
その他							
小計				合計			

* 保険診療の範囲を超え、本試験実施上必要とされる検査等を記入すること。

* 該当検査項目に回数を記入して下さい。検査回数は1症例についての回数です。

* 生化学的検査(Ⅰ)は、まるめ処理の点数を示しています。上記以外の検査を行う場合は、検査項目名(区分番号)・検査点数を追加記入して下さい。

* 判断料は1カ月単位ですから〇〇カ月と記入して下さい。外注検査をされる場合でも、判断料は取れますので記入して下さい。

* 「尿・糞便検査」の判断料は、尿中一般物質定性半定量検査のみでは取れませんのでご注意下さい。