



ご紹介元医療機関 御中

担当医 先生 御侍史

平素より大変お世話になっております。この度は術前検査をお受けいただき、感謝申し上げます。当院では腹腔鏡下鼠径ヘルニア手術を行うにあたり、以下の術前検査を行っております。誠に恐れ入りますが、以下の内容にて検査の施行をお願いいたします。検査結果につきましては、当院までFAX、ご郵送、もしくは患者にご持参頂きますようお願い申し上げます。

① 血液検査

総蛋白・アルブミン・総ビリルビン・AST・ALT・ $\gamma$ -GTP・CK・中性脂肪・LDL・尿素窒素・クレアチニン・ナトリウム・カリウム・クロール・CRP・血糖・HbA1c・白血球数・赤血球数・血色素測定(Hb)・ヘマトクリット・血小板数・PT-INR・APTT・Dダイマー・ABO血液型・Rh(D)血液型・RPR(定性)・TPHA 定性・HBs 抗原・HCV 抗体・TSH・FT4・FT3

② 12誘導心電図検査

③ 胸部レントゲン検査 ※必須ではありません

④ 胸部・腹部・骨盤 CT 検査 ※必須ではありません

⑤ 超音波画像検査 ※必須ではありません

新橋DAYクリニック

院長 岡村 正之

新橋DAYクリニック

〒105-0004 東京都港区新橋 1-15-7 新橋NFビル 6階

Tel: 050-5527-1126 Fax: 050-5369-3078

Mail: info@1dc.jp HP: <https://1dc.jp>