

## 令和7年度児童・生徒の生活習慣病予防健診とピロリ菌検査の検査依頼方法

## (1) 検査項目と検査料

HDLコレステロール・LDLコレステロール・中性脂肪・GPT・GOT

尿酸・HbA1C・血液一般(白血球・赤血球・色素量・ヘマトクリット値)

1名につき料金 1,078円(税込み)

ピロリ抗体価測定

1名につき料金 330円(税込み)

1. 検査は原則として別府市医師会地域保健センター(BML)をご利用下さい。
2. 必ず病医院名の後に「(小児)」と印字されている同一検査依頼書用紙の選択項目欄の“コードNo:09911 項目名:ショウニケンシン”の選択となり、選択項目の“1”へチェックして下さい。※下記記入例参照  
ピロリ健診を希望する場合は選択項目欄の“コードNo:09911 項目名:ショウニケンシン”と“コードNo:09913 項目名:ピロリコウタイ”の選択となり、選択項目の“1と3”へチェックして下さい。※下記記入例参照

## 3. 容器

生化学用真空採血管(茶色)及び血液一般用真空採血管(紫色)の2本採って下さい。

採血量については下記の通りです。

- ・生化学用真空採血管(茶色)は5ml
- ・血液一般用真空採血管(紫色)は2ml

## 記入例

この依頼書は、複数受診者において同一項目を依頼する場合のみご利用ください。選択項目欄は、一部受診者において追加項目を依頼する際に、項目名称(項目コード)を記入し各受診者欄の該当する項目番号にV印を記入してください。

同一検査一覧依頼書 S(Z)

顧客コード 3395801-8 顧客名 別府市 西暦 20 月 日 時刻 時 分

診療科目 内科 消化 小児 精神 外科 整形 脳外 皮膚 泌尿 産科 婦人 耳鼻 皮膚 その他科名記入欄

外来 入院 相違 相違

患者ID 3888888888888888

選択項目

No.	コード	項目名	選択
1	09911	ショウニケンシン	1
2	09912	コキシケン	
3	09913	ピロリコウタイ	3
4			

氏名 ベップ タロウ 性別 男 年齢 14 病歴 3888888888888888

氏名 ベップ ハナコ 性別 女 年齢 14 病歴 3888888888888888

担当Dr.名及び診療科名を必ずご記入

小学4年生と中学2年生で、小児健診のみを実施した場合は、選択項目の1にチェックして下さい。

中学2年生で、ピロリ抗体検査を実施した場合は、選択項目の1と3にチェックして下さい。