

院外処方箋に記載されている検査値一覧表（2017年2月1日現在）

略称	検査項目名称	基準値	単位
WBC	白血球数	3.3~8.6	10 <sup>3</sup> /μL
NEUT	好中球数	40~70	%
Hb	ヘモグロビン（血色素量）	男性：13.7~16.8	g/dL
		女性：11.6~14.8	
PLT	血小板数	158~348	10 <sup>3</sup> /μL
eGFR	換算GFR		mL/分/1.73m <sup>3</sup>
CRE	血清クレアチニン	男性：0.65~1.07	mg/dL
		女性：0.46~0.79	
HbA1c	ヘモグロビンA1c	4.9~6.0	%
AST	アスパラギン酸アミノトランスフェラーゼ	13~30	U/L
ALT	アラニンアミノトランスフェラーゼ	男性：10~42	U/L
		女性：7~23	
γ-GT	γ-グルタミルトランスフェラーゼ	男性：13~64	U/L
		女性：9~32	
TB	総ビリルビン	0.4~1.5	mg/dL
CK (CPK)	クレアチンキナーゼ	男性：59~248	U/L
		女性：41~153	
CRP	C反応性蛋白	0.00~0.14	mg/dL
K	カリウム	3.6~4.8	mmol/L
Na	ナトリウム	138~145	mmol/L
PT-INR	プロトロンビン時間 (国際標準比)	0.9~1.1	-