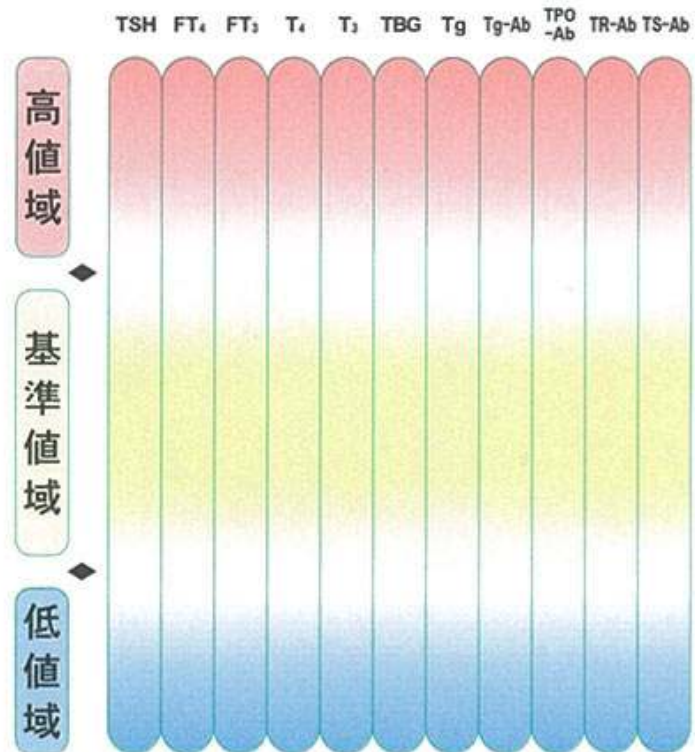


# 甲状腺機能検査報告書

病院名 様 提出医 先生  
 患者名 **SAMPLE** 様 カルテNo.  科名   
 年齢 性別 院内区分  
 受付番号 採取日 年 月 日 受付日 年 月 日 報告日 年 月 日

項目名	結果	基準値	単位
TSH			$\mu\text{IU}/\text{mL}$
FT <sub>4</sub>			$\text{ng}/\text{dL}$
FT <sub>3</sub>			$\text{pg}/\text{mL}$
T <sub>4</sub>			$\mu\text{g}/\text{dL}$
T <sub>3</sub>			$\text{ng}/\text{mL}$
TBG			$\mu\text{g}/\text{mL}$
サイログロブリン (Tg)			$\text{ng}/\text{mL}$
抗サイログロブリン抗体 (Tg-Ab)			$\text{IU}/\text{mL}$
抗甲状腺ペルオキシダーゼ抗体 (TPO-Ab)			$\text{IU}/\text{mL}$
TSHレセプター抗体定量 (TR-Ab)			$\text{IU}/\text{L}$
TSH刺激性レセプター抗体 (TS-Ab)			%



(注 #再検査 U以上  
L以下 >未満)