

院外処方せんに記載されている検査値一覧（2024年4月）

略号	検査項目名称	基準値	単位
AST	アスパラギン酸アミノ酸 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:10-42 女:7-23	U/L
T-Bil	総ビリルビン	0.4-1.5	mg/dL
Cre	血清クレアチニン	男:0.65-1.07 女:0.46-0.79	mg/dL
eGFR	推算 GFR	—	mL/min/1.73m ²
CK	クレアチニンキナーゼ	男:59-248 女:41-153	U/L
K	カリウム	3.6-4.8	mEq /L
WBC	白血球	3.3-8.6	10 ³ /μL
Hb	血色素量	男:13.7-16.8 女:11.6-14.8	g/dL
Pit	血小板	158-348	10 ³ /μL
PT-INR	プロトロンビン時間	1.0	
HbA1c	糖化ヘモグロビン	4.9-6.0	%
CRP	C-反応性蛋白	0-0.14	mg/dL

※基準値は春日井市民病院の施設基準