

紹介患者様用

【検体検査】受託検査申込書

申込みの受付は平日月～金曜日の午後4時までです。

お申込みの際は、注意事項をよくご確認くださいませようお願い申し上げます。

検査申込日	令和 年 月 日 (曜日)	検体採取日 月 日	
フリガナ		性別	生年月日
患者様氏名		男・女	大・昭・平・令 年 月 日 (歳)
住所	〒 ー		TEL ()

ご希望の検査にチェックのうえ、各項目へ記入をお願い致します。

□細菌検査

検査材料	検査依頼	目的菌 (ご記入ください)
<input type="checkbox"/> 鼻腔・咽頭(スワブ)	<input type="checkbox"/> 培養(※)	
<input type="checkbox"/> 便(スワブ)		
<input type="checkbox"/> 尿(滅菌容器)	<input type="checkbox"/> 感受性	
<input type="checkbox"/> その他 ()		

※便培養で病原大腸菌が陽性の場合は、確定検査まで行います。

ペロ毒素、大腸菌血清型別等を追加検査する場合があります。詳しくは明細をご覧ください。

※培養検査は、最低でも3日必要です。土日祝日を挟んだ場合は、その分結果が遅れることを予めご了承願います。その場合、進捗状況(中間報告)をFAXにて報告いたしますので、ご確認ください。

□採血検体検査 …事前に当院検査室へ電話連絡をいただいた後にお申込みください。

検査	検査依頼項目
<input type="checkbox"/> 血液	
<input type="checkbox"/> 生化学	
<input type="checkbox"/> 免疫	
<input type="checkbox"/> 輸血	

紹介元医療機関名	TEL () / FAX ()	
紹介医師名		
検体の持込み日時	/ 時 分	持込み者の氏名

奥州市総合水沢病院 〒023-0053 岩手県奥州市水沢大手町3-1
TEL 0197-25-3833(内線 257)
FAX 0197-25-4012(医療連携室直通)

(R2.10)