

新型コロナウイルス抗原定量検査(CLEIA法)依頼書

検体材料： SARS-Cov-2 鼻咽頭ぬぐい液・鼻腔ぬぐい液

◆太枠内についてご記入ください。

医療機関名		採取日	年	月	日
担当医(カタカナ)	先生	採取時	時	分	
担当者名		提出日	年	月	日
FAX	—	TEL	—		
(フリガナ)		生年月日	年	月	日
患者名		年齢	歳		
カルテNo.	<small>※貴院の患者カルテNo.をご記入ください。</small>	性別	男	女	

検体の梱包について

- ・採取後の容器は、必ず二重にして封をした後、患者氏名を記入してください。
- ・検体をご提出の際は、カテゴリ-Bの三重梱包をお願いいたします。
- ・梱包された検体は、バリアボックスやクーラーボックス等に入れて輸送してください。

検体の提出について

- ・検体は、本依頼書と一緒に提出してください。
- ・検体及び本依頼書は、小林市立病院地域医療連携室に持参ください。

ご注意ください

- ・依頼書は、記入漏れや間違いがないようお願いいたします。
- ・残検体は、小林市立病院にて滅菌処理後廃棄し、返却はいたしません。

 小林市立病院

〒886-8503 小林市細野2235-3

検査室：TEL 23-8227

地域医療連携室：TEL 23-8225

FAX 23-8226