

検査依頼書変更のお知らせ

謹啓 時下ますますご清栄のこととお慶び申し上げます。
平素は格別のご高配を賜り厚くお礼申し上げます。
この度、検査依頼書の変更を下記のとおりご案内いたします。
健康と医療の未来に貢献すべく、より良い検査サービスのご提供に努めてまいります。
謹白

記

- 対象検査依頼書
- ・総合検査依頼書
 - ・集団検査依頼書
 - ・アレルギー検査依頼書
 - ・細菌検査依頼書

次回改訂版より変更とさせていただきます。

※ 詳細につきましては裏面を参照ください。



一般社団法人

福岡市医師会臨床検査センター

〒814-0001 福岡市早良区百道浜1丁目6番9号 TEL (092) 852-1506 FAX (092) 852-1511

●依頼書の変更点

検査依頼書の「TEL（今日中・明朝）」チェック欄を次回改訂版より削除させていただきます。

※ 至急報告につきましては原則FAXでの報告とさせていただきます。

- 総合検査依頼書

[illegible]

・集團檢查依頼書

集団検査依頼書

依頼日 年 月 日 検数 ☐ 総数 ☒ 取得 ☒

専用容器 ☐ 依頼票ID 0 2 3 殺 検診 FAX 印中 TEL 印中 印刷 検測 尿房 B T 電

検体と容積の種類 A B C D E F G H I J K L O
1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12

カルテ No. 力 ル テ No.

病棟 尚 種

担当医師 担 当 医

採取時間 朝 昼 夕 前 後

報告書2部

患者氏名

- ・アレルギー検査依頼書

[illegible]

• 細菌檢查依賴書

細菌検査依頼書 検査申込み ☒ 依頼日 年 月 日 検査取消し ☒

依頼書ID 0 4 2 F A TEL TEL 依頼書番号 414998511

病院コード 手術室用コード

氏名カナ 姓 (カ タ カ ナ 記 入) 名 (カ タ カ ナ 記 入) 性別 男 女 年齢 大 昭 平 令

カ ル ナ 指図