

## 抗酸菌病理学的検査依頼書

依頼施設名： \_\_\_\_\_

住所：〒 \_\_\_\_\_

所属： \_\_\_\_\_

担当者名： \_\_\_\_\_ 印 \_\_\_\_\_

電話： \_\_\_\_\_ FAX： \_\_\_\_\_

※ 依頼元施設検体発送日：平成 年 月 日 (日付は必ずご記入ください)	
検査名	検体数
<input type="checkbox"/> 1. 病理組織検体の結核遺伝子診断	件
<input type="checkbox"/> 2. 持込み病理組織標本の診断と報告	件
<input type="checkbox"/> 3. 病理組織標本のチール・ネルゼン染色	件
<input type="checkbox"/> 4. 病理組織標本のヘマトキシリン・エオジン染色	件
<input type="checkbox"/> 5. 電子顕微鏡による観察	件
追加写真	枚
ブロック標本作製のみ	検体
<input type="checkbox"/> 6. 病理組織ブロック未染標本	組織
その他	
<input type="checkbox"/> 1. 抗酸菌短期研修コース 人 (3日間、病院検査技師向け)	
<input type="checkbox"/> 2. 検査成績書のコピー	枚
<input type="checkbox"/> 3. 結核菌の写真撮影と写真	枚
<input type="checkbox"/> 4. その他 ( )	

\* 以下は当所記入欄につき、記入しないでください

検体 × @ = 円

合計 円

・ 検体着受日：平成 年 月 日

・ 検体発送日：平成 年 月 日

・ 検査等終了日(検査結果報告日)：平成 年 月 日