

自己免疫性溶血性貧血検査（赤血球結合IgG定量）依頼書

医療機関名

殿

※太線枠内を必ずご記入ください。ご記入後、コピーをとって貴院控えとして残してください。
 ※被検者名は匿名化をお願い致します。匿名符号はカナおよび英数字 17桁以内でご記入ください。
 ※匿名符号は貴施設で管理できる符号（ID番号等）をお願い致します。
 ※報告書の氏名は「匿名符号」でご報告致します。
 ※ご提出される検体にもID番号と生年月日のご記入をお願い致します（貴施設のラベルに既に記載がある場合は不要）。

匿名符号																				
------	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

担当医師名															
-------	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

生年月日	年	月	日
------	---	---	---

ID番号																				
------	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

★弊社管理番号																				
---------	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

今回のご依頼が、再出検の検査で フローサイトメトリーによる赤血球結合IgG定量検査のみご希望の場合口にチェックをお願い致します。
 (項目コード58446)

男・女
1才未満の場合
才 (ヶ月)

★弊社記入欄

提出日	年	月	日
-----	---	---	---

検体採取日	年	月	日
採取時間	AM・PM	時	分

★弊社使用欄

科名		入・外		病棟	
----	--	-----	--	----	--

本依頼書に記載された情報は検査目的及び結果報告・請求目的以外には使用しません。
 検査に当たり、被検者への十分なご説明をいただき、自由意志に基づく同意（インフォームドコンセント）が得られた場合にのみ、検査の受託をさせていただきます。

依頼書の被検者名はプライバシー保護のため匿名化をお願い致します。
 本検査は自己免疫性溶血性貧血（以下、AIHA）の診断補助の位置づけで行うものであり、必ずしも臨床検査として十分に確立されていない検査であることを予めご了承ください。

CBC検査、直接抗グロブリン試験、フローサイトメトリー(FCM)法による赤血球結合IgG定量検査を実施します。

医療機関住所	〒		
電話番号		FAX番号	
担当医師のメールアドレス			

報告書郵送先	〒
請求書郵送先	〒

請求書は施設様宛に発行いたします。お振り込みについては被験者様へ依頼するのではなく、施設様から行っていただきますようお願い致します。

私は、本検査の実施に際し、被検者（または代諾者）に事前に十分な説明を行うと共に、自由意思に基づく文書による同意（インフォームド・コンセント）を取得しました。また、患者様への検査説明文書の内容について承諾します。

年 月 日 担当医師名(自署) _____