寄生虫症検査申込書

宮崎大学医学部寄生虫学

患者No./ID	性　別	生年月日（年齢）	職　業
(フリガナ) 患者氏名	M　F	年　月　日 歳	
患者住所（都道府県・市郡まで）	海外渡航歴　あり　なし (ありの場合，渡航地・滞在時期など記入)		
出生地			
臨床診断	検　体：血清　胸水　髄液　その他（　　） 採取年月日：　年　月　日		

検査目的：☐ 抗体精査　☐ 形態検査　☐ 遺伝子同定　☐ その他［　　］

簡単な現病歴：（治療効果判定の場合は，処方した薬剤名・投与量・投与期間・検査データの経過などを明記して下さい）

主な画像所見（画像検査を施行している場合）：

生 食 歴：

参考となる検査成績：（　　年　月　日）

白血球：　　(μl)，好酸球：　　(%)，total IgE ：　　(IU/ml)　その他：

感染：HBs 抗原（ ），HBe 抗原（ ），HBs 抗体（ ），HCV 抗体（ ），ATLA（ ），HIV 抗体（ ）

病 院 名：	**担当医師名：**
診療科名：	◆E-mail address：
病院住所：〒 **電話番号：**	＊E-mailでの回答を 希望する　/　希望しない

支払い方法：☐公費　【請求書の宛名（病院名・代表者等）　　】

【請求書郵送先（担当者部署名）　　氏名　　】

【郵送先住所　☐上記住所と同じ

☐上記住所と異なる（　　）

☐患者様負担　→　診断後、ご担当医師へ「診断検査料請求書」を郵送いたします。

受　託　番　号	受付年月日：　年　月　日	特殊検査	新
	検体数：　¥		再

▬▬ 枠内の欄にもれなくご記入の上，検体と一緒に送付して下さい。

結果の入手をお急ぎの場合にはE-mail でも回答いたします。その際患者名は伏せて送付しますので、貴院の患者No./ID をご記入ください。正式回答は検査料金の入金確認後に郵送いたします。