

# クオンティフェロンTBゴールド検査依頼書

検体ID ー  
受付日時 年 月 日 :

※ 太枠内をもれなく記入してください。

フリガナ	性別	施設名
氏名		施設住所 〒 -
		施設電話番号
生年月日 T・S・H 年 月 日生		提出医 先生
採取日時 平成 年 月 日 時 分		担当科・担当者

**検査目的：以下に当てはまる項目にチェックしてください**

- (1) 感染性結核患者との接触者(接触者健診)  
 (2) 医療関係者(職員・学生)等の定期健診  
 (3) 結核感染を疑う患者(潜在結核・活動性結核の診断補助)  
※ (3)に当てはまる場合には(4)～(6)にお答えください  
 (4) 結核感染の既往・治療歴がある  
 (5) 初感染結核疑いがある  
 (6) 以下に当てはまり、免疫抑制されている。もしくは免疫機能が低下している可能性がある

HIV感染、AIDS、臓器移植の免疫抑制剤による治療、血液病(白血病、リンパ腫等)、  
特殊な悪性腫瘍(頭部、頸部、肺の癌等)、糖尿病、ケイ肺、慢性腎不全、  
TNF- $\alpha$ 阻害剤による治療、その他免疫抑制剤の使用 等

- (7) その他( )

## <注意事項>

- ※ 採血方法 3種類の専用採血管に各1mLずつ採血し、上下に5秒間又は10回振って混合してください。  
(採血管の内表面全体が血液で覆われていることを確認してください)
- ※ 搬入までの時間 採血後15時間以内(当日中)に搬入してください。
- ※ 搬送温度 17～27℃(室温) 氷冷や冷蔵を行わないでください。
- ※ 検体受付時間 9:00～12:00 13:00～15:30

## <通信欄>

130405

## 公益財団法人 宮城県結核予防会 複十字健診センター

〒989-3203 宮城県仙台市青葉区中山吉成2-3-1  
Tel 022-719-5161(代) FAX 022-719-5166