

MTB感染マーカー検査依頼書 (QFT-2G検査)

(枚中の 枚目)

※太枠内をきれなく記入してください。

受付日時 年 月 日 :

施設名 様	施設住所 〒 -
提出医 先生	施設電話番号

1	フリガナ 氏名	性別	生年月日 M・T・S・H 年 月 日生	検体ID
		男・女	採取日時 平成 年 月 日 時 分	
2	フリガナ 氏名	性別	生年月日 M・T・S・H 年 月 日生	検体ID
		男・女	採取日時 平成 年 月 日 時 分	
3	フリガナ 氏名	性別	生年月日 M・T・S・H 年 月 日生	検体ID
		男・女	採取日時 平成 年 月 日 時 分	
4	フリガナ 氏名	性別	生年月日 M・T・S・H 年 月 日生	検体ID
		男・女	採取日時 平成 年 月 日 時 分	
5	フリガナ 氏名	性別	生年月日 M・T・S・H 年 月 日生	検体ID
		男・女	採取日時 平成 年 月 日 時 分	
6	フリガナ 氏名	性別	生年月日 M・T・S・H 年 月 日生	検体ID
		男・女	採取日時 平成 年 月 日 時 分	
7	フリガナ 氏名	性別	生年月日 M・T・S・H 年 月 日生	検体ID
		男・女	採取日時 平成 年 月 日 時 分	
8	フリガナ 氏名	性別	生年月日 M・T・S・H 年 月 日生	検体ID
		男・女	採取日時 平成 年 月 日 時 分	
9	フリガナ 氏名	性別	生年月日 M・T・S・H 年 月 日生	検体ID
		男・女	採取日時 平成 年 月 日 時 分	
10	フリガナ 氏名	性別	生年月日 M・T・S・H 年 月 日生	検体ID
		男・女	採取日時 平成 年 月 日 時 分	

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・定期外健診)
- (2) 医療関係者(職員・学生)等の定期健診
- (3) その他()

<注意事項>

- ※ 採血から搬入までの時間 採血後10時間以内に搬入して下さい。
- ※ 搬送温度 17~27℃(室温) 絶対に氷冷や冷蔵を行わないで下さい。

<通信欄>

財団法人 結核予防会宮城県支部
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