

検査依頼書 兼 検体受領書 【 抗MOG抗体 】

必要事項にご記入の上、検体(血清500 μ L)に同封して送付ください。

* 検体の到着は平日(月曜日～金曜日)の午前中指定をお願いします。

【ご依頼者様情報】

* 報告書のお宛名に使用させていただきます。検体の受領書を送付しますので、必ずFAX、E-Mailを記載して下さい。

ご施設名	ご住所
ご所属	TEL / FAX
お名前	E-Mail

【検査項目名】

* ご希望の検査項目欄にチェック(レ)し、検体番号を記載してください。

検査項目名	測定依頼数	検体によって測定項目が異なる場合、それぞれ患者IDを記載して下さい
1 <input type="checkbox"/> 抗MOG抗体	件	
2 <input type="checkbox"/>	件	
3 <input type="checkbox"/>	件	
4 <input type="checkbox"/>	件	
5 <input type="checkbox"/>	件	

【患者情報】

* 検体の取違い防止のために、下記事項の記載をお願いいたします。

検体番号	患者ID(検体容器にも必ず記載して下さい)	性別	年齢	採取年月日:	検体の種類・本数
1		男・女			
2		男・女			
3		男・女			
4		男・女			
5		男・女			
6		男・女			

【検体の確認】 ※合計本数を記載し、保存状態を確認してください。

＜委託検体数＞			依頼年月日	年 月 日
保存状態	本数	保存状態の異常の有無	發送者	
凍結(-10°C以下)		有・無		

《注意事項》

* 本依頼書件、受領書に記載されている個人・患者情報は本測定以外には使用いたしません。

* お預かりした検体は、検査終了後に廃棄いたします。

＜検体送付先・お問い合わせ先＞

株式会社コスミックコーポレーション 営業部
〒112-0002 東京都文京区小石川2-7-3 富坂ビル
TEL: 03-5802-5971 Mail: cc@cosmic-jpn.co.jp

下記は弊社記入欄のため記入しないでください。

【検体受領書】

ご依頼いただいた検体につきまして、(株)コスミックコーポレーションにて受領致しました。

受領検体:	血清 (本) ・ その他 () (本)
備考	
検体受領日	年 月 日 検体受領者

検査依頼書No.