

検査依頼書兼検体受領書【Cosmic Corporation & Athena Diagnostics Neurology Testing Services】



Patient Identification	
Patient Name	(First) _____ (Last) _____
Patient ID*	_____
DOB (date of birth)	_____
Sex	<input type="checkbox"/> Male <input type="checkbox"/> Female <input type="checkbox"/> Unknown

*Patient IDを発送用チューブ(2本)にも記載頂くよう、お願いいたします。

Physician/Laboratory Contact Information	
Physician Information	_____
NPI#	_____
Name	_____
Address	_____
	City _____ State _____ Zip _____
	Phone _____ FaX _____
Email	_____

Tests Orderd			
Code	_____	Sample	Serum / CSF / Other (_____) _____ mL Sampling Date(_____)
Code	_____	Sample	Serum / CSF / Other (_____) _____ mL Sampling Date(_____)
Code	_____	Sample	Serum / CSF / Other (_____) _____ mL Sampling Date(_____)
Code	_____	Sample	Serum / CSF / Other (_____) _____ mL Sampling Date(_____)

レポートの送付先	
Cosmic Corporation	Account# 136180
Email cc@cosmic-jpn.co.jp	

Test Code	Test Name	Min. Vol.	Pref. Spec.	Tube Type
<input type="checkbox"/> 1480	Titin Autoantibody Test	1mL	Serum	Red
<input type="checkbox"/> 428	Ganglionic AChR (nAChR) Antibody Test	1mL	Serum	Red
<input type="checkbox"/> 145	MAG 'Dual Antigen'® Antibody Test	1mL	Serum	Red
<input type="checkbox"/> 261	GALOP™ Antibody Test	1mL	Serum	Red
<input type="checkbox"/> 210	Sulfatide Antibody Test	1mL	Serum	Red
<input type="checkbox"/> 427	Amphiphysin Antibody Test	1mL	Serum,CSF	Red
<input type="checkbox"/> 118	Recombx™ CAR(Anti-Recoverin) Antibody Test	1mL	Serum	Red
<input type="checkbox"/> 123	Recombx™ CV2 Antibody Test	1mL	Serum,CSF	Red
<input type="checkbox"/> 120	Recombx™ Hu Antibody Test	1mL	Serum,CSF	Red
<input type="checkbox"/> 122	Recombx™ MaTa Antibody Test	1mL	Serum,CSF	Red
<input type="checkbox"/> 115	Recombx™ Ri Antibody Test	1mL	Serum,CSF	Red
<input type="checkbox"/> 125	Recombx™ Yo Antibody Test	1mL	Serum,CSF	Red
<input type="checkbox"/> 127	Recombx™ Zic4 Antibody Test	1mL	Serum	Red
<input type="checkbox"/> 160	GQ1b Antibody Test	1mL	Serum	Red
<input type="checkbox"/> 278	GD1a Antibody Test	1mL	Serum	Red

【ご依頼者様情報】

* 報告書、請求書のお宛名に使用させていただきます。

また、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>					
保存状態	本数	保存状態の異常の有無	依頼年月日	年	月 日
凍結(-10℃以下)		有・無	発送者		

《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。

受領検体数	血清(本)・髄液(本)				
備考					
検体受領日	年	月	日	検体受領者	

検査依頼書No.
