

## 血液検査依頼書

※太枠内を記入してください。

検査依頼日	年	月	日	受付No.
医療機関名				科名
担当医師名				連絡先 (内線番号、担当者、FAX等)
被検者氏名				性別
カナ氏名( )				生年月日
				男・女
				年 月 日 歳

※該当する項目No.に○印を付けて下さい。

赤血球関連検査			白血球関連検査		
No.	検査項目名	成績書No.	No.	検査項目名	成績書No.
14	ABO血液型亜型		50	HLA型クラスI(A, B, C)	
15	Rh血液型亜型		53	抗血小板抗体	
16	不規則抗体同定検査		94	その他	
92	その他				

備考欄					
<ul style="list-style-type: none"> <li>・血液センターでHLAタイピングを行っている場合は 検査報告書No.を記入して下さい。</li> <li>・他施設でHLAタイピングを行っている場合は報告書のコピーを添付して下さい。</li> </ul>	その他の連絡事項があれば記入して下さい。				
<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 60%;">報告書No.</td> <td style="width: 40%;">報告日</td> </tr> <tr> <td style="height: 20px;"></td> <td></td> </tr> </table>	報告書No.	報告日			
報告書No.	報告日				

※上記の情報は個人情報保護法に基づいて適正に処理いたします。