別紙様式

三重大受付日　　/　　/　　受付番号　　－

解析依頼書

医療機関名：＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿　診療科：＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

患者氏名：＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿　患者番号：＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

年齢：＿＿＿＿＿＿＿＿　性別：＿＿＿＿＿＿＿＿

病名・経過等：＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

検査依頼日：＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿　菌名・検体名：＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

依頼項目（〇で囲む）：　菌株タイピング　耐性機構の解析　細菌培養　菌名同定試験

薬剤感受性試験　マラリア血中抗原検査　デング熱血中抗体検査

本件に関する連絡先をご記入ください

お名前：＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿　ご所属：＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿　電話番号：＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

三重大学医学部附属病院 Tel：059-232-1111
感染制御部　（内線 5658）
中央検査部　細菌検査室（内線 5385）