

## 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（○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(上段：解析依頼者、下段：事務担当者)

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

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