

**記入例**

<b>控</b>		<b>検査依頼書</b>		No. _____
		<small>お手元に保管してください。</small>		
検査依頼者	施設名 ○○○○○クリニック	電話	000-000-0000	
	担当医師 福島 太郎	FAX	000-000-0000	
検査依頼年月日	○○○○ 年 ○ 月 ○ 日			
配送業者	△ △ 運輸 (冷蔵便)			
発送日	×××× 年 × 月 × 日			
結果報告希望日	△△△△ 年 △ 月 △ 日			
結果報告方法				
検査依頼検体の種類	<input checked="" type="checkbox"/> A. 全血検体 <input type="checkbox"/> B. 唾液検体 *専用容器をお願いします。 <input type="checkbox"/> C. その他 ( ) *事前にお問い合わせ下さい。			
検体情報	検査内容			インフォームド コンセントの確認
	チェック	コード番号	検査項目	
ID	<input type="checkbox"/>	MT01	ミトコンドリアハプログループ検査	<input checked="" type="checkbox"/>
1 2 3 4 5 6 7 8 9 0	<input type="checkbox"/>	OB01	肥満関連SNP検査	
性別	<input checked="" type="checkbox"/>	MS01	メタボリックシンドローム関連SNP検査	
年齢	<input checked="" type="checkbox"/>	DM01	糖尿病関連SNP検査	
生年月日	<input type="checkbox"/>	HT01	高血圧関連SNP検査	
T.H. 00 歳	<input checked="" type="checkbox"/>	MI01	心筋梗塞関連SNP検査	
検体採取日	<input checked="" type="checkbox"/>	CI01	脳梗塞関連SNP検査	
平成 XX 年 X 月 X 日	<input type="checkbox"/>			
特記事項				
<small>注意事項: 1. インフォームドコンセントの取得の確認は必ずチェックしてください。チェックがない場合には検査はできません。          2. 検体IDは実名ではなく10文字以内の記号をお願いします。          3. 検体が抽出したDNAの場合には、濃度を記載してください。</small>				
問い合わせ先	 <b>G&amp;Gサイエンス株式会社</b> <small>〒960-1242 福島県福島市松川町美郷4-1-1          TEL. 024-537-2350 FAX. 024-537-2386</small>			

依頼者は電話番号も含め、  
ゴム印等でも結構です。

必ず記載をお願いします。

AまたはBにチェックを  
お願いします。  
Cの場合は、事前  
にご相談下さい。

連結可能匿名化で付与して  
いただいたIDを左詰めで  
記載して下さい。  
・頭文字が「ゼロ」ではない  
IDの付与をお願いします。  
・「ゼロ」と「オー」、「イチ」  
と「アイ」等は区別できる  
よう、記載をお願いします。

性別、年齢はリスク評価の  
補正値として必要ですので、  
必ず記載をお願いします。  
生年月日は年齢の確認に使用  
しますので、ご記入下さい。

当日採取されたのであれば、  
記載の必要はありません。

弊社からお送りする荷送り  
票をご利用いただく場合は、  
記載の必要はありません。

記載がない場合、通常通り  
の2週間での報告とさせ  
ていただきます。

記載がない場合は、  
通常形態での報告と  
させていただきます。  
特殊な形態での報告を  
ご希望の場合は、  
事前にご相談下さい。

委託していただく検査項目の  
チェックをお願いします。  
同意書に記載していただいた  
検査項目と相違ないか、  
ご確認をお願いします。

この欄のチェックがない場合、  
検査受託ができません。  
その場合、確認のためご連絡  
を差上げます。

その他、ご要望、ご連絡等  
ご記入下さい。