

FLT3 遺伝子検査 検査依頼書

〒210-0821 神奈川県川崎市川崎区殿町三丁目 25 番 13 号 電話: 044-281-1500 FAX: 03-6745-9346

E-mail: services@labpmm.co.jp (サポート営業時間: 09:00-17:00) URL: <https://invivoscribe.com/japan-cdxflt3/>

サービスへの合意 ※検査提出の際は必ず にチェックを入れてからご依頼ください。

FLT3 遺伝子検査の検査案内書の内容及び検査依頼書の注意事項を十分理解し、了承した。

医師・顧客情報 (必須項目)		患者情報 (必須項目)	
フリガナ		フリガナ*	
医療機関名*:		姓*:	名*:
診療科*:		生年月日*: 西暦 年 月 日 (満 歳*)	
フリガナ*		性別*:	男 / 女 / 不明
担当医師*:		カルテ番号*:	
フリガナ		顧客検体番号 / 検体受領番号:	
電話番号*:	— —	検体情報	
FAX 番号*:	— —	採取日*: 西暦 年 月 日	
<input type="checkbox"/> 結果出次第FAX		採取時間(24 時間制)*:	時 分
フリガナ		検体の種類*:	
住所 *顧客登録と異なる場合のみ記載してください。		<input type="checkbox"/> 骨髓穿刺液(ヘパリンナトリウムまたはEDTA採血管)	
〒 —		<input type="checkbox"/> 末梢血(ヘパリンナトリウムまたはEDTA採血管)	
都道 区市		備考:	
府県 町村			
注意事項※必ず以下の事項を確認して下さい。		LabPMM 合同会社使用欄	
<ul style="list-style-type: none"> 全ての検体は上記住所までお送りください。 検体は月曜から金曜まで回収致します。(祝日を除く) 患者検体を発送する際、全ての法律を遵守してください。 詳細につきましては、IATA 危険物規則をご参照ください。 (カテゴリーA の生物学的物質を定義される検体を LabPMM 合同会社へ 発送しないでください。受け取った場合は返送されますのでご注意ください。) 全ての検体を冷蔵でお送りください。冷凍しないでください。検体は採取後 7 日以内に当検査室で受領されなければなりません。 この検査依頼書は患者検体と一緒に弊社へお送りください。 本検査は、ギルテリチニブマール酸塩又はキザルチニブ塩酸塩の急性骨髄性白血病への適応を判定するための補助に用います。当該薬剤の最新の添付文書の記載内容をすべてご理解の上でご提出してください。 		検査室受領日: 西暦 年 月 日	
		検査室受取時間: 時 分	
		検査室受領者:	
		抗凝固剤と量:	
		H-Na / EDTA mL	
		LabPMM 合同会社ラベル	
		<div style="border: 1px solid black; height: 60px; width: 100%;"></div>	
		備考:	
検査に関しご質問ご要望等ございましたら、当検査室までお気軽にお問い合わせください。			