

みよし市民病院 地域連携・医療相談室

〒470-0224 愛知県みよし市三好町八和田山15 TEL:0561-33-3300

FAX 0561-33-3302 (直通)

便中膵エラスターゼ試験 依頼書

医療機関名

診療科名

住所 〒

医師名

TEL

e-mail

FAX

フリガナ		男・女	年 月 日
患者氏名			() 歳
住所		TEL	

<検査目的> 便中膵エラスターゼ試験を申し込みます。

嚢胞性線維症： 確診（汗試験異常・遺伝子異常）・ 疑い のため

<所見> 身長 () cm 体重 () kg

脂肪便（あり・なし） 胎便性イレウス（あり・なし）

消化酵素剤の内服：あり（薬品名 ）・ なし

採便容器の送付： 希望する ・ 希望しない

便中膵エラスターゼ試験 確認書

_____病院 _____先生 _____年 月 日

便中膵エラスターゼ試験の申し込みを確認しました。
本確認書（コピー可）に採取日と送付日をご記入の上、検体と共にレターパック等（夏期はクール便）にて、みよし市民病院検査課宛にお送りください。

検体採取日： _____年 _____月 _____日

検体送付日： _____年 _____月 _____日

尚、検体の到着が土日や休日にならないように、ご協力をお願いします。
不明な点があれば、FAXまたは電話0561-33-3300にて検査課までお問い合わせください。