

便中赜エラスターゼ・汗クロライド試験 依頼書

| | |
|-------|-------------------------------|
| 医療機関名 | 診療科名 医師名 e-mail |
| 住所 〒 | |
| TEL : | |
| FAX : | |

| | | |
|------|-------------|---------------|
| フリガナ | 男 ・ 女 | 年 月 日 (歳) |
| 患者氏名 | | |
| 住所 | | |
| | TEL | |

<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

便中赜エラスターゼ試験のみを希望する・汗クロライド試験のみを希望する・どちらも希望する

※ご希望の検査に○をつけ、依頼書及び情報提供書を事前に FAX していただきますようお願い致します。

便中赜エラスターゼ 便中赜エラスターゼをご希望の方は、以下に記入をしてください。

<検査目的> () のため

嚢胞性繊維症: 確信 (汗試験異常 ・ 遺伝子異常) ・ 疑い のため

※採便用容器は、専用の容器ではなく、生便採取可能なスプーン付きのもので結構です。

※検体到着は土日・祝日にならないようご協力をお願いします。

※検体・書類をレターパック等 (夏期クール便) に入れ、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 ()

検体送付時にご記入ください。

汗クロライド 汗クロライドをご希望の方は、以下に記入をしてください。

<受診希望日>

① 年 月 日 ()

② 年 月 日 ()

③ 年 月 日 ()

直接患者様・御家族様と連絡を取り日程調整をさせていただくことがありますのでご了承ください。

※担当医師と日程調整後、予約票を FAX にて送付させていただきます。

当日、保険証またはマイナンバーカードを持参してください。

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 (代表)

FAX: 0561-33-3302 (連携室直通)