記入例

No.

控

検査依頼書

お手元に保管してください。

検査依頼者	施設名	○○○○○クリニック	☎：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	☑	A.　全血検体	
	☐	B.　唾液検体　＊専用容器でお願いします。	
	☐	C.　その他　（　　）＊事前にお問い合わせ下さい。	

検体情報	検査内容 チェック	コード番号	検査項目	インフォームドコンセントの確認
ID	☐	MT01	ミトコンドリアハプログループ検査	
1 2 3 4 5 6 7 8 9 0	☐	OB01	肥満関連SNP検査	
性別　年齢	☑	MS01	メタボリックシンドローム関連SNP検査	
☑男 ☐女　OO 歳	☑	DM01	糖尿病関連SNP検査	☑
生年月日	☐	HT01	高血圧関連SNP検査	
T・S・H　OO年 ○月 ○日	☑	MI01	心筋梗塞関連SNP検査	
検体採取日	☑	CI01	脳梗塞関連SNP検査	
平成　XX 年 X 月 X日	☐			

特記事項	

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文字以内の記号でお願いします。
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。

問い合わせ先	G&G SCIENCE　G&Gサイエンス株式会社 〒960-1242 福島県福島市松川町美郷4-1-1 TEL. 024-537-2350　FAX. 024-537-2386

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週間でのご報告とさせていただきます。

記載がない場合は、通常の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し上げます。

その他、ご要望、ご連絡等ご記入下さい。