

色素性乾皮症 検査依頼書

〒650-0017 神戸市中央区楠町7-5-2
Tel.078-382-6131(皮膚科)

施設名		部署	
住所	〒 電話番号 () (内線) e-mail		
依頼者			

患者氏名	
------	--

検査項目	(必要な項目にチェックをお願いします)
	<input type="checkbox"/> XPA遺伝子解析 (料金 43,200円)
	<input type="checkbox"/> XPD遺伝子解析 (料金 43,200円)
	<input type="checkbox"/> XPV遺伝子解析 (料金 43,200円)
	<input type="checkbox"/> 生検標本

健康保険適応上チェックは1項目しか出来ません。
チェック項目は皮膚科で判断しますので、送付時は空欄をお願いします

診断、目的

依頼内容

- ・本依頼書と検体を一組にして送付をお願いします。
- ・遺伝子検査の検体は静脈血液2mlを滅菌した容器にEDTA採血をお願いします。
- ・血液検体は適切な処理を行い、冷蔵で送付をお願いします。
- ・生検標本は非露光部(上腕内側または下腹部)から直径3mm/パンチで抜いて滅菌スピッツに入れた清潔生食中に浸し、室温で送付をお願いします。

請求先

- 同上の施設、依頼者
- 上記以外の住所 施設 職・氏名
下記に記入をお願いします

施設名		部署	
住所	〒 電話番号 () (内線)		
職・氏名			

検査完了年月日	
---------	--