



株式会社リプロセル 臨床検査室
 〒222-0033 横浜市港北区新横浜3-8-11 KDX新横浜381ビル8F
 Tel:045-475-3887 Fax:045-474-1006

検 査 発 注 書

施設・病院名		科名	
担当医名	先生		
電話番号		FAX番号	
検体採取日時	年	月	日 (AM, PM) 時 分
検査希望日	年	月	日

御希望の検査にチェック(レ)を御願ひ致します。

検査項目 検体量

CD64定量検査(フローサイトメリー法)	
<input checked="" type="checkbox"/> CD64定量検査(フローサイトメリー法)	全血1mL(EDTA)冷蔵

患者情報(可能な限りご記入ください)

検体標識	(患者ID・カルテNO等)		
性別	男 ・ 女	年齢	歳
臨床診断名		投与薬剤名	
抗生剤投与	有()回 抗生剤名 () ・ 無		
白血球数		好中球数	
合併症(疑い)	血管炎 ・ 好中球減少症 ・ 各種感染症 ()		

その他特記事項(履歴など含む)

※患者様、提供者様を識別、確認するためにID番号を必ず採血管にご記入下さい。

※予約検査:ご出検には必ずご連絡下さい。検査可能日:火～土曜日(祝日は除く)