



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 メットライフ新横浜ビル
8F Tel:045-475-3882 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

御希望の検査にチェック(レ)を御願い致します。

検査項目 検体量

新型コロナウイルスPCR検査(COVID-19) RT-PCR法

<input checked="" type="checkbox"/> 新型コロナウイルスPCR検査(COVID-19)	唾液 室温 ウイルス検体採取後処理液(不活化剤)1mL
--------------------------------------------------------------	-----------------------------

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)		患者氏名	
性別	男 ・ 女	年齢	歳

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。

※検査可能日:月～日曜日(祝日も含む)