

遺 伝 子 検 査 依 頼 書

大阪市立総合医療センター
 遺伝子診療部 部長 中村 博昭 殿

検査に関わる注意事項・遺伝学的検査の感度／限界・免責事項を了承し
 下記の検査を依頼します。

西暦 _____ 年 _____ 月 _____ 日 依頼医署名 _____

患者匿名化 ID 番号、 性別、年齢	_____ (匿名化された任意の ID を記載) 性別 (男・女) (_____ 歳)
検体採取日	西暦 _____ 年 _____ 月 _____ 日

連絡先	郵便番号	〒 _____ - _____
	所在地	_____
	施設名	_____
	所属・診療科	_____ 科
	ふりがな 依頼医名	_____
	電話・FAX	TEL _____ - _____ FAX _____ - _____
	e-mail	_____ @ _____

- ・必ず事前にご連絡下さい 連絡先： ocgh-idensikensa@osakacity-hp.or.jp
- ・検体送付の際、検体にこの依頼書を同封してお送り下さい。

送付先： 〒534-0021 大阪府大阪市都島区都島本通2丁目13-22
 地方独立行政法人 大阪市民病院機構 大阪市立総合医療センター 遺伝子検査室

- 臨床症状、治療経過、家族歴、投薬履歴等の情報を記載してください。

● 検体搬送に関するチェックリスト

下記の項目が実施出来ていることを確認し、依頼者記入欄にチェック☑を付けて下さい。
 総合医療センター記入欄は空白でお願いいたします。

	依頼者 記入欄	総合医療 センター 記入欄
1 EDTA 加採血管に末梢血が 2mL 以上入っている。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2 採血管に任意の匿名化された ID が記載されている。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3 採血管の蓋がしっかり閉まっていて、テープで固定されている。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4 採血管を緩衝材で包み二次容器に入れている。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5 三次容器に二次容器と保冷剤が入っている。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6 二次容器と保冷剤が直接接触合っていない。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7 三次容器に依頼書とチェックリストを入れている。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8 発送方法は冷蔵（2～8℃）となっている。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

確認者名前		
発送・到着確認日（年/月/日）	/ /	/ /