

FLT3 遺伝子検査 検査依頼書

〒210-0821 神奈川県川崎市川崎区殿町三丁目 25 番 13 号 電話: 044-281-1500 FAX: 03-6745-9346

E-mail: services@labpmm.co.jp (サポート営業時間: 09:00-17:00) URL: <https://invivoscribe.com/japan-cdxflt3/>

サービスへの合意 ※必ず にチェックを入れてからご依頼ください。

FLT3 遺伝子検査の検査案内書の内容及び検査依頼書の注意事項を十分理解し、了承した。

ご施設情報 ※必須事項		注意事項 ※必ず以下の事項を確認して下さい。
医療機関名*		<ul style="list-style-type: none"> 本検査依頼書は患者検体と一緒に送ってください。 本検査は、ギルテリチニブフマル酸塩又はキザルチニブ塩酸塩の急性骨髄性白血病への適応を判定するための補助に用います。当該薬剤の最新の添付文書の記載内容をすべてご理解の上でご提出してください。 検査案内書に記載された採取条件、保存方法、検体提出条件をご確認の上ご提出をお願いいたします。(上記URLの弊社ウェブサイトに掲載しております。) 検体回収には弊社が搬送会社を手配致します。ご提出が決定した際に、弊社まで検体回収依頼をご連絡ください。(電話、FAX、E-mailで可能です。) 直接検体を発送する際は、WHOの感染性物質の輸送規則に関するガイダンスを遵守してください。 カテゴリ-Aに該当する検体を発送しないでください。 検査をキャンセルする場合、弊社(044-281-1500)に直接ご連絡ください。(なおキャンセル料が発生する場合があります。)
診療科*		
担当医師*		
外注担当者* (お問い合わせ先)		
電話番号* (お問い合わせ先)	- -	
FAX番号* (下記結果FAX報告先)	- -	
結果報告方法* <input type="checkbox"/> にチェックを入れてください	<input type="checkbox"/> 郵送のみ <input type="checkbox"/> 結果出したいFAX および 郵送 チェックが無い場合は郵送のみとなります。	
結果送付先住所 〒	顧客登録情報と異なる場合のみ記載してください。	
患者情報 ※必須事項		
フリガナ		検査に関する情報に基づく臨床的及び技術的アドバイス、並びに臨床的解釈を提供することができます。ご質問ご要望等ございましたら、当検査室までお気軽にお問い合わせください。
患者氏名*		
生年月日*	西暦 年 月 日	
性別*	<input type="checkbox"/> 男性 <input type="checkbox"/> 女性 <input type="checkbox"/> 不明	LabPMM 合同会社 使用欄
カルテ番号*		検査室受領日: 西暦 年 月 日
		検査室受取時間: 時 分
検体情報 ※必須事項		抗凝固剤と検体量: H-Na / EDTA mL
検体採取日*	西暦 年 月 日	受付担当者:
検体の種類* <input type="checkbox"/> にチェックを入れてください	<input type="checkbox"/> 骨髄穿刺液 <input type="checkbox"/> 末梢血 (ヘパリンナトリウム管またはEDTA管をご使用下さい)	ラベル貼付枠
備考		備考