COVID-19検査依頼書・報告書

依頼日　　　　年　　　月　　　日

医療機関名

TEL

FAX

E-mail

【依頼書送付先】

島根大学医学部附属病院COVID-19検査センター

 E-mail：PCRcenter@med.shimane-u.ac.jp

TEL：080-7539-8296

|  |  |
| --- | --- |
| **検査方法** | **抗原定量検査**（基本的に抗原定量検査を行います。**PCR検査**を希望の場合は✓を入れてください。□） |
| **検体情報** | **材料検体数** | **検体送付日時** |
| だ液（　　　　　　　 検体） | 年　　月　　日（　　：　　　） |
| **提出責任者** | 氏名： | **連絡先** |
| TEL: |
| E-mail: |
| **結果報告先**（提出責任者と同様の場合は記載不要） | 氏名： | **結果報告先** |
| E-mail: |
| **特記事項** |  |

**検査情報結果**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 　 | **依頼施設名** | **採取日時** | **患者ID以外の****任意の識別番号** | **検査結果** |
| 1 | 　　 | 年　　月　　日　時間（　　　：　　　　） | 　　 | 陽性　　　・　　　陰性 |
| 2 | 　　 | 年　　月　　日　時間（　　　：　　　　） | 　　　 | 陽性　　　・　　　陰性 |
| 3 | 　　　 | 年　　月　　日　時間（　　　：　　　　） | 　　　 | 陽性　　　・　　　陰性 |
| 4 | 　 | 年　　月　　日　時間（　　　：　　　　） | 　　　　 | 陽性　　　・　　　陰性 |

**※以下、COVID-19検査センター記載**

**検体受付日：　　年　　月　　日　報告日：　　年　　月　　日　報告責任者：**