

災害時検体検査依頼書

別紙 38

依頼時には、太枠内への記載をお願いします。

	依頼医	
依頼日時	年 月 日 時 分	
トリアージタグ	<input type="checkbox"/> 赤 <input type="checkbox"/> 黄 <input type="checkbox"/> 緑 <input type="checkbox"/> その他()	トリアージ番号
メディカルID (または患者ID)	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	M / F <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
患者氏名	病棟 <small>(院内患者の場合)</small>	<input type="checkbox"/> OPE <input type="checkbox"/> ICU <input type="checkbox"/> HCU <input type="checkbox"/> 救命救急センター病棟 <input type="checkbox"/> その他()

依頼 チェック	検査項目	容器	結果(基準範囲)
<input type="checkbox"/>	生化学 TP、ALB、T-Bil、D-Bil、AST、ALT、LD、CK、 BUN、Crea、AMY、CRP	青4	報告書 参照
<input type="checkbox"/>	血糖	灰6	mg/dL(73~109)
<input type="checkbox"/>	血液ガス	ガス	報告書 参照 <small>※各科で実施した場合は依頼時に結果を添付してください。</small>
<input type="checkbox"/>	血算(CBC)	紫1	報告書 参照
<input type="checkbox"/>	凝固 PT、APTT、Fib、D-dimer	黒2	報告書 参照

報告日時	年 月 日 時 分
報告者(検査部)	

その他の連絡事項(必要時に使用)

本紙の運用

現場で起票 → 本紙と検体を検査部へ提出 → 検査実施 → 報告書を現場に返却