

カルテ  
No \_\_\_\_\_

(  
氏 カ  
タ \_\_\_\_\_

カ  
名 ナ  
) \_\_\_\_\_

その他  
No \_\_\_\_\_

<検体採取日>

月 日

以下○と空欄をご記入下さい。(省略可)

<診療科名称>

<性別> 1.男 2.女 <入外> 1.入院 2.外来

病棟 \_\_\_\_\_ 年齢 \_\_\_\_\_ 歳

(カタカナ)

提出医 \_\_\_\_\_

連絡事項がございましたら、ご記入下さい。

お問い合わせ先 : メディトランセ・ラボラトリー  
登録衛生検査所(26新保衛医第131号)

集材担当

住所 : 東京都新宿区北新宿1-4-7  
電話 : 03-5937-4850  
Fax : 03-5937-4851