

麻しん・風しんウイルス遺伝子検査依頼書・成績書

医療機関名:

電話 () -

主治医氏名:

医師記入欄	氏名 (ID等)		男・女	年齢(0歳は月齢)	歳 ヶ月
	住所地	<input type="checkbox"/> 神戸市内 <input type="checkbox"/> 市外			
	1か月以内の渡航歴	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり 国名: 期間 年 月 日 ~ 年 月 日			
	検体採取日	年 月 日			
	検体材料	<input type="checkbox"/> 全血液(2ml以上) <input type="checkbox"/> 咽頭ぬぐい液(少量の生理食塩水を加えてください) <input type="checkbox"/> 尿(3ml以上) <input type="checkbox"/> その他()			
	連絡事項	保健所でウイルス遺伝子検査を実施することの説明 <input type="checkbox"/> 済 <input type="checkbox"/> 未 本人・家族へ区から連絡が入ることの説明 <input type="checkbox"/> 済 <input type="checkbox"/> 未 集団への所属 <input type="checkbox"/> 有() <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 不明			

検査機関記入欄	PCR法 検査成績	
---------	--------------	--

成績書発行日 令和 年 月 日

神戸市健康科学研究所長
〒650-0046 神戸市中央区港島中町4丁目6番
検査機関 神戸市健康科学研究所

部長印	担当印

検体回収の依頼: 神戸市保健所・保健課 TEL 078-322-6789