Sample
ご担当医控え

FALCO
ファルコバイオシステムズ
〒604-0911 京都市中京区
河原町通二条上る清水町346
TEL: 075-257-8541
FAX: 075-257-8544

ヒト遺伝子検査
専用依頼書
（生殖細胞系列）

医療機関/担当医	
医療機関名	
はやぶさ病院	
担当医氏名	
フリガナ	
担当医	はやぶさ太郎 先生

被検者情報

氏名 ＿＿＿＿＿＿＿＿ 様

カルテID ＿＿＿＿＿＿＿＿

※ 氏名、カルテ番号、生年月日は複写されません。
必ず下部の識別番号をご記入下さい。

生年月日 ＿＿＿＿ 年 ＿＿＿＿ 月 ＿＿＿＿ 日

年齢 ＿＿＿＿ 才　性別 □ 男性 □ 女性

識別番号 ＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

※ 識別番号は、左詰め 16桁以内
英文字、数字、ハイフンでご記入下さい。

採取日時 ＿＿＿＿ 年 ＿＿＿＿ 月 ＿＿＿＿ 日

検体種別 □ 全血
□ ＿＿＿＿＿＿

ご注意 ：骨髄移植を受けたことのある被検者の場合には別途ご相談ください。

依頼項目

□（7597）ジストロフィン遺伝子解析（MLPA法）
提出条件：末梢血 7ml（EDTA容器採血） 冷蔵保存

被検者への説明が実施され、被検者自身の意思で当検査を受ける旨の内容を含む「説明・同意書」への署名も得られ、
その書面が保持保管されていることを、私が確証しここに署名します。

はやぶさ太郎
ご担当医の署名（自筆署名に限る）

年 月 日
日付

（※ ご注意：ここにご担当医の署名が無い場合には、検査を実施できません。）

※本依頼書に必要事項をご記入の上、2枚目以降を検体集配担当者へお渡し下さい（2枚目はサイン後に返却致します）。
※2枚目の「医療機関内控え」は受領書となりますので、1枚目と併せて大切に保管下さい。