

匿名化専用依頼書

国立精神・神経医療研究センター

J-CAT

病院コードNo	病 院 名	メーカーコード	T-No	投 薬 日
		97117	64	月 日

882443

※匿名符号 (必ずご記入下さい)	P J C A T	※男※女※特※	依頼日	月	日
氏 名	*****	※入籍※外籍※	採取日	月	日
科 名	()	病 棟	採取時刻	※	※
※生年※	*****	※の地※	※量※	※	※
※性別※	*****	※提出医(姓)※	※尿量※	※	※
		*****	※身長※	※	※
		*****	※体重※	※	※

SIRIL 依頼書

項目数	検体数	負荷数	受 領 証	御依頼者控 1
2				
材 料	コードNo	コ ン ト		
血液	8 5	抽出DNA及び血漿		
血清	6 1	2本は八王子営業拠点		
血漿		国立精神・神経医療		
蓄尿		研究C担当者宛で送付		
部分尿		下さい。		

◎ お願い
4枚複写ですの強くご記入下さい。

先生方へのお願い

匿名符号欄には、氏名を記入しないようご注意ください。
検体は匿名符号をご記入下さい。

✓	コードNo	検 査 項 目	保存・材料・検体量	容器
<input checked="" type="checkbox"/>	C6871	DNA抽出 (N)	} 冷蔵 血液 14.0ml (PN7)	
<input checked="" type="checkbox"/>	A5386	血漿分離		

<先生方へ>
採血後、各採血管に入れ、よく転倒混和して下さい。
ヒト遺伝子検査実施に際し、関連するガイドライン、指針等の主旨を尊重し、被験者に対して文書によるインフォームドコンセント及び同意の確認をされた担当医師の署名をお願いします。

西暦 年 月 日
担当医師名 (自署)
弊社からの連絡先
TEL: 042 (341) 2711
神経内科 高橋 祐二 先生

(補足事項) [容器]

(PN7) EDTA-2Na入り 紫キャップ
(真空採血量 7ml)

97117-64-C (2020-116)

区分	項目	材料	負荷	1/2	項目 / 時間

882443

このラベルは受付Noとして
弊社で使用致します。

882443