年　　月　　日

受託検査依頼書

福井大学医学部附属病院長　殿

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 依 頼 者 | 機関名 |  |
|  | 機関長職名・氏名 |  |
|  | 診療科名 |  |
|  | 診療科長職名 |  |
|  | 診療科長名（自署） |  |
|  | 担当医師名（自署） |  |

福井大学医学部附属病院先天性代謝異常症検査受託要項を遵守の上、先天性代謝異常症検査を

下記のとおり依頼します。

記

検査人数　　　人分（詳細は添付の臨床情報シートのとおり）

**※以下，記入不要（福井大学医学部附属病院小児科代謝検査部門記入）**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 登録番号 | 検　　査　　項　　目 | 備　考 |
| 有機酸分析 | アシルカルニチン分析 |
| Ｆ | □ 尿□ その他（　　　　） | □ 血清　 　□ 濾紙血□ その他（　　　　　　　　　　　） |  |
| Ｆ | □ 尿□ その他（　　　　） | □ 血清　 　□ 濾紙血□ その他（　　　　　　　　　　　） |  |
| Ｆ | □ 尿□ その他（　　　　） | □ 血清　 　□ 濾紙血□ その他（　　　　　　　　　　　） |  |
| Ｆ | □ 尿□ その他（　　　） | □ 血清　 　□ 濾紙血□ その他（　　　　　　　　　　　） |  |
| Ｆ | □ 尿□ その他（　　　） | □ 血清　 　□ 濾紙血□ その他（　　　　　　　　　　　） |  |
| Ｆ | □ 尿□ その他（　　　） | □ 血清　 　□ 濾紙血□ その他（　　　　　　　　　　　） |  |