|  |
| --- |
| **臨床研究検査依頼書（検体検査・生理検査）** |
| ＊研究課題名 |  |
| ＊依頼日 |  　年　 月　 日 | ＊依頼科 |  | ＊内線 |  |
| ＊責任医師 | 　　　　　　　　　　印　　　　 | ＊依頼科所属長 | 　　　　　　　　　　　　印　　　　 |
| ＊期　限 | 　　　　　年　　　月　　　日　　　～　　　　　　年　　　月　　　日　　　最長で5年目の年度末まで。それを超える場合は期間満了時に再度提出とする |
| 検体検査 | 採血の有無：□有　□無検体処理　：□有　□無　 |
| 委託業者　 | 　□有　□無 |
| 生理検査 | 症例数：□心電図検査　□心臓超音波検査 □その他の超音波検査（　　　　　　　　　　　　）□脳波検査　□肺機能検査　□その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　 　　）＊ルチン検査以外の特殊項目および特殊指示　□有　□無＊保険適応の有無　　□有　□無　　　＊研究費負担　　　　□有　□無＊医療機器の借用　　□有　□無 |
| 　　検査室確認事項 | 検査室確認　　□済み　　　　　　　　　　　　　　　　　確認者： |
| 中央臨床検査　センター長 | 　　　　　　　　　　印 | 臨床検査技術科科長 | 　　　　　　　　　　　　印 |
| 臨床検査技術科科長補佐 | 主　印 | 印 | 印 | 担 当 係 長 | 主　印 | 印 | 印 |

＊印の項全てを記載し、提出をお願いいたします。

注意事項

検体検査

１．臨床研究検体提出時は、検査伝票と採血管一式を患者に持たせ、直接、採血室有人受付に提出するよう指示して下さい。伝票・採血管の記入漏れが無いよう確実に記載して下さい。

２．検体回収は、確実に行える方法で実施して下さい（回収に来られない場合は、冷蔵保存します）。

生理検査

１．原則として、検査の予約取得は既存の生理検査の事前予約枠を使用して下さい。

２．検査予約取得時に臨床研究であることが分るように、研究タイトル等を検査目的あるいは医師コメントに記載して下さい。

問い合せ先：臨床検査技術科：検体検査（内線6095）・生理検査（内線6247）