検体送付票（検体リスト）

**複写（コピー）を自院控えに**

**原本はジップロック等に入れ**

**検体収納袋（三次容器）に収納**

**様式４**

検体回収日　：　令和　　年　　月　　日

医療機関名　：

担当者名：　　　　　　　　　　　連絡先電話：

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | 患者コード | 氏名 | バーコード貼付欄 | 検体種別 | 判　定 | 緊急度合 | 備　考 |
| 1 |  |  |  | 鼻咽頭　・　唾液 |  | １入院中２外来至急３外来通常 |  |
| 2 |  |  |  | 鼻咽頭　・　唾液 |  | １入院中２外来至急３外来通常 |  |
| 3 |  |  |  | 鼻咽頭　・　唾液 |  | １入院中２外来至急３外来通常 |  |
| 4 |  |  |  | 鼻咽頭　・　唾液 |  | １入院中２外来至急３外来通常 |  |
| 5 |  |  |  | 鼻咽頭　・　唾液 |  | １入院中２外来至急３外来通常 |  |
|  |  | 　ＰＣＲ検査依頼検体数　　　　　　　検体　　　　　　　　　　　　　　　　　　全　　　枚中　　　枚目 |

※　担当者氏名及び電話は、東大からの陽性者報告のために必ず記載して下さい。

医療機関　→　東大