진단검사의학과 약물검사의뢰서

의뢰병원*	진료과*
담당의사*	의뢰일* 년 월 일
전화번호*	팩스번호*
휴대전화번호	E-mail*

환자이름*	주민등록번호*
주소	전화번호*
진단명*	
자문의뢰목적 (해당항목에 표시) * 1) 투약용법 적정성 확인 2) 치료효과 미흡 3) 독성의심 2) 4) Compliance 확인	키* cm 몸무게* kg
투약력* 치료시작 날짜 : 200 . . . 자문의뢰 약물 용법 (용량, 간격, 경로) 병용약제 : 2개월전 투약력기재 :	
관련검사 결과* CBC : - - K PT/PTT AST/ALT/ALP , BUN/Cr	

* 표시된 항목은 반드시 기입해주세요.

■ 의뢰 검사명

검사명 _____

■ 주의사항

1. 약물검사를 위한 혈액 검체는 plain 용기에 채혈한 후 원심분리 후 0.5ml 이상의 Serum을 보내주십시오.
2. 모든 검체 용기에는 환자의 이름, 생년월일 및 채혈일을 기재하시고 본 검사의뢰서를 함께 동봉하여 가능한 신속히 (24시간내) 검사실로 우송하여 주십시오.

검사시행기관: 삼성서울병원 진단검사의학과 유전생화학검사실(02-3410-6470)

GCRL Green Cross Reference Lab.
의료법인 녹십자 SINCE1982