GC Labs

선천성[유전성]대사이상검사의뢰서

검체인수자	검체인계자
Slip 수:	Sample 수:

의뢰기관명		병 동	
주 치 의		의뢰일	년 월 일 AM, PM
연 락 처	Tel: Fax:	채취일	년 월 일 AM, PM

환 자 명		등록번호	
생년월일		나이/성별	민족(외국인) :
연 락 처	주소:	Tel :	
검 체			
환자정보			

Current Diet : Age of Infant (in Days) : Premature : Y / N

Ⅳ supplement or Current Medication :

Transfusion : Y / N (Type : Date :)

Family History :

기타 검사정보

Lab. Findings : ☐ Acidosis ☐ Ketosis ☐ Hyperammonemia

☐ Hypoglycemia ☐ Thrombocytopenia

☐ Other Findings :

Suspected diagnosis :

*의뢰하실 때에는 ☐공란에 V 표시하여 주시고, 의뢰항목이 없을 때에는 기타 검사항목 란에 기입해 주십시오.

TEL 1566-0131
FAX 031-8061-6302
16926 경기도 용인시 기흥구 이현로 30번길 107
검체검사기관번호 : 41303059
www.gclabs.co.kr