마약확진검사(정량) 의뢰서

성 명		**주민등록번호 or 외국인등록번호 or 여권번호**	
검체종류		**선별검사양성 검체 채취일**	**년 월 일**
		추가검체채취일	**(추가검체일경우에기입)**
검사의뢰 항목	☐ 마약확진검사1(Codeine+Morphine+6-Acetylmorphine) ☐ 마약확진검사2(Amphetamine+Methamphetamine+Benzoylecgonine) ☐ 마약확진검사3(THC-COOH+PCP)		
의뢰기관명		**의뢰의사**	
연 락 처	**전화 or 핸드폰:**		
	FAX or E-mail :		

■ 선별검사결과:

☐ Cannabinoid ☐ Morphine ☐ Codeine

☐ Amphetamine ☐ Methamphetamine ☐ Cocaine

☐ Others ( )

■ 소변 검체 채취 방법

- Sterile plastic container에 보존제 첨가없이 10-20 mL 이상 받아주십시오.
- **환자인적사항(생년월일, 성명)을 정확히 기재해 주십시오.**
- 채뇨시 제대로 받는지 (희석 또는 불순물을 첨가하지 않는지) 확인하여야 합니다.
- 확진용 검체는 1차 선별검사에서 양성인 검체를 보내주세요.

■ 주의할 점

- 환자병록번호를 생성하기 위하여 **주민등록번호 또는 외국인 등록번호 or 여권번호가 반드시 필요합니다.**
- 보내실 곳

  463-809 경기도 성남시 분당구 구미동 300

  분당서울대학병원 진단검사의학과 생화학유전 검사실

  전화 : 031-787-3181 FAX : 031-787-4015

분당서울대학교병원 진단검사의학과 생화학유전검사실