

KMC 生化学検査受託サービス依頼書

枠内に必要事項をご記入ください。

依頼日： 年 月 日	
KMC 利用登録者 氏名： 所属： 内線： データ送付先： @	依頼者 ※利用登録者と異なる場合 氏名：

<サンプルリスト> 行数が足りない場合は追加してください。

No.	サンプル名	週齢	電解質測定	備考
1		w	有 ・ 無	
2		w	有 ・ 無	
3		w	有 ・ 無	
4		w	有 ・ 無	
5		w	有 ・ 無	
6		w	有 ・ 無	
7		w	有 ・ 無	
8		w	有 ・ 無	
9		w	有 ・ 無	
10		w	有 ・ 無	
11		w	有 ・ 無	
12		w	有 ・ 無	
13		w	有 ・ 無	
14		w	有 ・ 無	
15		w	有 ・ 無	
16		w	有 ・ 無	
17		w	有 ・ 無	
18		w	有 ・ 無	
19		w	有 ・ 無	
20		w	有 ・ 無	

検査料金 電解質測定有の場合：1 検体 2,200 円

電解質測定無の場合：1 検体 1,900 円

<特記事項>

採 血 日： 年 月 日

採血部位： 下大静脈 ・ 眼窩 ・ 心臓 ・ その他（ ）

抗凝固剤： 無 ・ 有（ ）

残サンプル返却の必要性： 要（ 4℃ ・ -18℃ ） ・ 不要