

혈액은행 수탁검사 의뢰서

수탁기관명

병원 의뢰처

명칭 :

주치의 :

연락처 :

성명 :

나이 :

성별 : 남 / 여

진단명 :

병력 :

환자

수혈력 :

임신력 :

.....
* Ab 선별/동정 검사시, 정확한 판단을 위하여 수혈력과 임신력(유산력)에 대한 정보를 반드시 기재해 주시기 바랍니다.

의뢰 검사

의뢰 사유

.....
* 혈액형 불일치 관련 검사시 환자 가족의 혈액형 정보도 반드시 기재해 주시기 바랍니다.

검체종류

.....
* 검체 양: EDTA tube에는 3 cc 이상, Plain tube에는 5 cc 이상 혈액을 보내주셔야 검사가 가능합니다.

의뢰 일자:

년

월

일

의뢰인:

서울대학교병원 진단검사의학과 혈액은행 (02-2072-2504)