

양식 1

코로나바이러스감염증-19 검체의뢰서

코로나바이러스감염증-19(코로나19) 검체 시험의뢰서				처리기간			
의뢰기관	의료기관명			담당자 성명			
				담당자 연락처			
	주 소	(전화번호:) (팩스번호:)					
환자	성 명 (또는 관리번호)			생년월일			성 별
	발병일			검체채취일			
검체 종류(수량)							
시험항목							
검체 채취 구분 (1차 또는 2차)							
담당의사소견서 담당의사 : (서명 또는 인)							
년 월 일 의뢰기관의 장 [인]							
귀하							
※ 첨부자료 1. 검사대상물 2. 그 밖에 시험에 필요한 자료							
유의사항							
1. 의뢰인은 「의료법」에 따른 의료기관이어야 하며, 의료기관장의 직인을 날인합니다. 2. 의뢰기관의 전화번호는 결과회신이 가능한 번호로 기재하여 주시기 바랍니다. 3. 검체 종류(수량)란에는 검체의 종류와 종류별 수량을 함께 기재하여 주시기 바랍니다. [예: 상기도, 하기도(2개)]							