

건강검진 검체검사 의뢰서

| | | | |
|-------------|--|------------------|---------|
| 검진기관 관리번호 | | 수탁기관 접수번호 | 바코드 부착란 |
| 위탁기관명 | 위탁기관기호 | 담당의사 | 전화번호 |
| 건강검진수검자 성명 | 주민등록번호 | 건강보험증번호(의료보장증번호) | 차트번호 |
| 검체 채취일 및 시간 | 20 년 월 일 시 분 | 검사의뢰일 | |
| 검체종류 | <input type="checkbox"/> 전혈 (EDTA : W.B) <input type="checkbox"/> 혈청 (Serum : S) <input type="checkbox"/> 혈장 (NaF : P) <input type="checkbox"/> 분변 (Stool) <input type="checkbox"/> 기타 () | | |

| 검 사 종 류 | | |
|---|---|---|
| 일반건강검진 | 간 염 검 사 | 암 검 진 |
| <input type="checkbox"/> 혈색소 <input type="checkbox"/> 공복혈당 <input type="checkbox"/> AST(SGOT) <input type="checkbox"/> ALT(SGPT) <input type="checkbox"/> γ -GTP <input type="checkbox"/> 혈청크레아티닌 <hr/> <input type="checkbox"/> 묽음검사 건강검진(위의 6항목) <small>* 위의 6항목을 의뢰 시 체크해 주십시오.</small> <hr/> <input type="checkbox"/> 총콜레스테롤 <input type="checkbox"/> HDL콜레스테롤 <input type="checkbox"/> 트리글리세라이드 <hr/> <input type="checkbox"/> 묽음검사 건강검진(위의 9항목) <small>* 위의 9항목을 의뢰 시 체크해 주십시오.</small> <hr/> <input type="checkbox"/> LDL콜레스테롤 | <input type="checkbox"/> B형간염표면항원 <input type="checkbox"/> B형간염표면항체 <input type="checkbox"/> C형간염항체 | <input type="checkbox"/> 분변잠혈검사 <input type="checkbox"/> 혈청알파태아단백검사 (Alphafetoprotein) <input type="checkbox"/> 위암 병리조직 검사 <input type="checkbox"/> 대장암 병리조직 검사 <input type="checkbox"/> 자궁경부암 세포검사 |
| 기 타 사 항 | | |

검체상태 : (정상, 용혈, 황달, 혼탁) 검체인계자 : (서명) 검체인수자 : (서명)

| | | |
|---------------------|----------|-----------|
| 수탁기관명칭 | 수탁기관기호 | 전화번호 |
| (재)에스디의학연구소 / 에스디의원 | 41388127 | 1670-9877 |

〈유의사항〉

- 검진기관 관리 번호 반드시 기재, 바코드 또는 2D 바코드 사용 가능.
- 수탁기관은 트리글리세라이드 400mg/dL 이상인 경우에만 LDL 콜레스테롤을 실 측정 한 후 '건강검진검체 검사 결과지 (별지 제9호 서식)'에 수치를 기재하여 위탁기관에 송부
- 위탁기관은 '건강검진 검체검사의뢰서' 2매를 작성하여 1매는 보관하고 1매는 수탁기관에 송부하여야 합니다.

SD 의학연구소

www.sdmri.co.kr
경기도 용인시 기흥구 동백중앙로 53-2(중동)
Tel. 1670-9877 Fax. 031) 283-9080
SD-검사의뢰서-12 Rev(3)2024.08.05