

① 検体検査依頼書



施設名 コード       医療法人 CIS熊本病院  その他 コード       1 ○○施設  至急

患者 ID             担当医       1 ヨシモト 入院 入  外科  診療科  内科  消化器科  耳鼻科

氏名 カナ シヨウ ヨシモト カンシ ユウロウ  外科  整形外科  脳外科

生年月日 大 4 平 令 3 4 年 8 月 1 2 日 年齢 6 4 才 性別  女 採取日時 2 3 年 7 月 7 日 PM 1 0 : 3 0 透新  後  その他 ( )  精神科

セ ッ ト 検 査 1  スクリーニング 2  肝1 3  肝2 4  コレステロール1 5  コレステロール2

6  腎 7  甲状腺1 8  甲状腺2 9  貧血 10  特定健診

11  長寿健診 12  人間ドック 13  健診追加 14  長寿健診追加 15  会社健診

16  Aセット 17  Bセット 18  Cセット 19  妊婦セット 20

21  22  23  24  25

O C R 帳 票 記 入 上 の 注 意  
依 頼 取 消  
数 字  
4  
カタカナ  
ア  
複写ですの  
で強くご  
記入下  
さい  
折曲  
厳禁

生化学 I				検査項目				免疫				血液				尿／糞便			
<input type="checkbox"/> 0001 総蛋白	<input type="checkbox"/> 0045-0047 ナリウム	<input type="checkbox"/> 0055 亜鉛(Zn)	<input type="checkbox"/> 2007 TSH	<input type="checkbox"/> 0201 CRP	<input type="checkbox"/> 0206 HBs抗原	<input checked="" type="checkbox"/> 0301 末梢血一般検査	<input type="checkbox"/> 0401 尿一般	<input type="checkbox"/> 0002 アルブミン	<input type="checkbox"/> 0046 カリウム	<input type="checkbox"/> 1045 シスタチンC	<input type="checkbox"/> 2011 FT3	<input type="checkbox"/> 0209 所リウマチ因子(定義)	<input type="checkbox"/> 0207 HBs抗体	<input checked="" type="checkbox"/> 0315 網状赤血球	<input type="checkbox"/> 0410 尿沈渣				
<input type="checkbox"/> 0004 蛋白分画	<input type="checkbox"/> 0048 カルシウム	<input type="checkbox"/> 1068 KL-6	<input type="checkbox"/> 2015 FT4	<input type="checkbox"/> 0203 ASO定量	<input type="checkbox"/> 3301 HBs抗原(CLEIA)	<input type="checkbox"/> 0316 末梢血液像(鏡検法)	<input checked="" type="checkbox"/> 0429 蛋白定量(蓄尿)	<input type="checkbox"/> 0015 総ビリルビン	<input type="checkbox"/> 0049 マグネシウム(Mg)	<input type="checkbox"/> 1540 25OHビタミンD	<input type="checkbox"/> 1929 インスリン	<input type="checkbox"/> 3598 トキソプラズマ抗体IgG	<input type="checkbox"/> 3303 HBs抗体(CLEIA)	<input type="checkbox"/> 0317 末梢血液像(鏡検法)	<input type="checkbox"/> 0431 蛋白定量(随時尿)				
<input type="checkbox"/> 0016 直接ビリルビン	<input type="checkbox"/> 0050 無機リン(IP)	<input type="checkbox"/> 1505 ビタミンB1	<input type="checkbox"/> 0148 C-ペプチド	<input type="checkbox"/> 3601 トキソプラズマ抗体IgM	<input type="checkbox"/> 3305 HBe抗原(CLIA)	<input type="checkbox"/> 0609 ヘモグロビンA1c	<input type="checkbox"/> 0430 糖定量(蓄尿)	<input type="checkbox"/> 0017 AST(GOT)	<input type="checkbox"/> 0051 鉄(Fe)	<input type="checkbox"/> 1531 ビタミンB12	<input type="checkbox"/> 2150 レニン活性	<input type="checkbox"/> 0218 抗マイクログロブリン	<input type="checkbox"/> 3307 HBe抗体(CLIA)	<input type="checkbox"/> 0361 プロトロン時間	<input type="checkbox"/> 0432 糖定量(随時尿)				
<input type="checkbox"/> 0018 ALT(GPT)	<input type="checkbox"/> 0052 TIBC	<input type="checkbox"/> 1535 尿酸	<input type="checkbox"/> 2115 コルチゾール	<input type="checkbox"/> 2409 MMP-3	<input type="checkbox"/> 3356 Hbc抗体(CLEIA)	<input type="checkbox"/> 0370 APTT	<input type="checkbox"/> 1101 U-アルブミン(蓄尿)	<input type="checkbox"/> 0019 LD(LDH)	<input type="checkbox"/> 0053 UIBC	<input type="checkbox"/> 1002 フマリチン	<input type="checkbox"/> 2125 アルドステロン	<input type="checkbox"/> 0215 抗核抗体半定量	<input type="checkbox"/> 3325 HCV抗体	<input type="checkbox"/> 0373 フィブリンゲン定量	<input type="checkbox"/> 1105 U-アルブミン(随時尿)				
<input type="checkbox"/> 0020 ALP	<input type="checkbox"/> 0041 尿素窒素	<input type="checkbox"/> 0059 血中アンモニア	<input type="checkbox"/> 2221 カテコールアミン3分	<input type="checkbox"/> 0216 C3	<input type="checkbox"/> 3355 HCV-RN(リアルタイム)	<input type="checkbox"/> 0397 Dダイマー	<input type="checkbox"/> 0219 U-イソプレノロブリン	<input type="checkbox"/> 0021 γ-GT	<input type="checkbox"/> 0042 クレアチニン	<input type="checkbox"/> 0042 生化学Ⅱ	<input type="checkbox"/> 2197 Whole PTH	<input type="checkbox"/> 0217 C4	<input type="checkbox"/> 3748 HTLV抗体半定量	<input type="checkbox"/> 1601 フェババルビタール	<input type="checkbox"/> 0452 便ヘモ1日目				
<input type="checkbox"/> 0022 LAP	<input type="checkbox"/> 0044 尿酸	<input type="checkbox"/> 3001 AFP	<input type="checkbox"/> 2195 PTH-インタクト	<input type="checkbox"/> 0221 抗核抗体半定量	<input type="checkbox"/> 3749 HIV抗体-抗体定性	<input type="checkbox"/> フェニトイン	<input type="checkbox"/> 4992 便ヘモ2日目	<input type="checkbox"/> 0023 CK(CPK)	<input type="checkbox"/> 1016 グリコアルブミン	<input type="checkbox"/> 3003 CEA	<input type="checkbox"/> 2153 ANP	<input type="checkbox"/> 0203 風疹(HI)	<input type="checkbox"/> 1617 薬剤カルバマセピン	<input type="checkbox"/> 0453 虫卵(塗抹)					
<input type="checkbox"/> 0024 コリエステラーゼ	<input type="checkbox"/> 1015 1.5-AG	<input type="checkbox"/> 3009 CA19-9	<input type="checkbox"/> 2154 BNP	<input type="checkbox"/> 2040 抗TPO抗体	<input type="checkbox"/> 0348 ABO式血液型	<input type="checkbox"/> 1633 薬剤バルプロ酸ナトリウム	<input type="checkbox"/> 1107 TV-MG (PCR)	<input type="checkbox"/> 0028 アミラーゼ	<input type="checkbox"/> 0074 グルコース	<input type="checkbox"/> 3019 PSA	<input type="checkbox"/> 2149 NT-Pro BNP	<input type="checkbox"/> 0347 Rh(D)式血液型	<input type="checkbox"/> 1581 テオフィリン	<input type="checkbox"/> 1685 淋菌・クラミジア(PCR)					
<input type="checkbox"/> 0029 尿アミラーゼ	<input type="checkbox"/> 0530 LDアイソザイム	<input type="checkbox"/> 3021 CA15-3	<input type="checkbox"/> 2165 E2	<input type="checkbox"/> 0241 梅毒血清反応(STS)定性	<input type="checkbox"/> 0348 直接クームス試験	<input type="checkbox"/> ジゴキシシン	<input type="checkbox"/> 1685 淋菌・クラミジア(検査材料)*	<input type="checkbox"/> 1076 P-アミラーゼ	<input type="checkbox"/> 0540 ALPアイソザイム	<input type="checkbox"/> 3023 CA125	<input type="checkbox"/> 2175 プロゲステロン	<input type="checkbox"/> 0243 梅毒血清反応(STS)定性	<input type="checkbox"/> 0348 間接クームス試験	<input type="checkbox"/> 1685 淋菌・クラミジア(検査材料)					
<input type="checkbox"/> 0031 総コレステロール	<input type="checkbox"/> 0850 AMYアイソザイム	<input type="checkbox"/> 3017 SCC	<input type="checkbox"/> 2201 HCG定量	<input type="checkbox"/> 0740 IgG	<input type="checkbox"/> 0350 交差適合試験	<input type="checkbox"/> レベチラセタム	<input type="checkbox"/> 1659 淋菌・クラミジア(検査材料)	<input type="checkbox"/> 0033 HDL-コレステロール	<input type="checkbox"/> 0675 CKアイソザイム	<input type="checkbox"/> 3028 PIVKA-II	<input type="checkbox"/> 2211 HCG-β	<input type="checkbox"/> 0741 IgA	<input type="checkbox"/> 2301 不規則性抗体	<input type="checkbox"/> 1689 ハロペリドール	<input type="checkbox"/> 4801 尿素呼吸気試験				
<input type="checkbox"/> 0069 LDL-コレステロール	<input type="checkbox"/> 1029 CKMB	<input type="checkbox"/> 1327 total P1NP	<input type="checkbox"/> 2251 LH	<input type="checkbox"/> 0742 IgM	実院専用項目				<input type="checkbox"/> 2556 クオンティフェロン	<input type="checkbox"/> 4900 血中Hb <sup>+</sup> 抗体	<input type="checkbox"/> 4901 HPV DNAパリスク								
<input type="checkbox"/> 0035 中性脂肪(TG)	<input type="checkbox"/> 1043 心筋トロポニン	<input type="checkbox"/> 1336 TRACP-5b	<input type="checkbox"/> 2271 FSH	<input type="checkbox"/> 4955 View39	<input type="checkbox"/> 5108 MAST48	<input checked="" type="checkbox"/> NT-proBNP	<input type="checkbox"/> 4902 便中Hb <sup>+</sup> 抗体	<input type="checkbox"/> 2285 プロラクチン	<input type="checkbox"/> 2165 テストステロン	<input type="checkbox"/> 1333 尿中NTx	<input type="checkbox"/> 3930 ヘルペスウイルス抗体	<input type="checkbox"/> 4903 便中ヘモグロビン <sup>+</sup> 2日法	<input type="checkbox"/> 4904 AMH						

負荷試験

血糖	前	30	60	90	120	150	180
尿糖	前	30	60	90	120	150	180
インスリン	前	30	60	90	120	150	180

ターゲット

前	後	前	後	前	後	時
---	---	---	---	---	---	---

その他 1日尿量 ( 2500 mL )

受領者 月 日

検体本数	血清	血糖	血液	凝固	尿	便	他	全血
------	----	----	----	----	---	---	---	----

\*検査区分は微生物の扱いとなります

# ①検体検査依頼書 記入方法について

## 【主な記入内容】

- ①施設名コード記入欄  
施設名コード、施設名、その他コードは部署等
- ②患者ID  
患者IDは左詰めで記入
- ③担当医（コード、氏名）  
コードは右詰めで、氏名はカタカナで記入
- ④入院外来区分  
入・外のどちらかに斜線／を入れる
- ⑤診療科  
該当の診療科を選択し斜線／を入れる
- ⑥患者氏名  
カナ氏名を記入する  
姓と名の間は1マスあける  
濁点・半濁点も1文字分使う  
小文字は下半文字分内に記入する
- ⑦生年月日・年齢・性別  
元号・性別を選択し斜線／を入れる  
生年月日・年齢の数字は右詰めで記入
- ⑧採血時の食後時間記入  
空腹もしくは食後0.5～9.5時間を記入  
食後10時間以上は空腹とする
- ⑨透析前後  
透析前か後かを選択し斜線／を入れる
- ⑩至急検査  
至急検査の場合、至急に斜線／を入れる

① 検体検査依頼書

施設名コード  1  2  3  4 医療法人 CIS熊本病院 他コード  1  〇〇施設 至急  ⑩

患者ID  ②  ③  ④  ⑤  ⑥  ⑦  ⑧  ⑨  ⑩  ⑪  ⑫

診療科  ⑤ 内科  消化器科  耳鼻科  
 外科  整形外科  脳外科  
 眼科  泌尿器科  皮膚科  
 産科  婦人科  小児科  
 その他( )  精神科

12	スクリーニング	2	肝1	3	肝2	4	コレステロ-ル1	5	コレステロ-ル2
6	腎	7	甲状腺1	8	甲状腺2	9	貧血	10	特定健診
11	長寿健診	12	人間ドック	13	健診追加	14	長寿健診追加	15	会社健診
16	Aセット	17	Bセット	18	Cセット	19	妊婦セット	20	
21		22		23		24		25	

- ⑪採取日時記入欄  
採取日は西暦20□□年で記入  
数字は右詰めで記入  
AMPMを選び斜線／を入れる  
時間も記入
- ⑫セット検査  
セット検査を選び斜線／を入れる  
※セット検査は25種類設定できます

⑬ 検査項目

生化学I	免疫	血液	尿・糞便
<input type="checkbox"/> 総蛋白	<input type="checkbox"/> 亜鉛(Zn)	<input type="checkbox"/> TSH	<input type="checkbox"/> CRP
<input type="checkbox"/> アルブミン	<input type="checkbox"/> シスタチンC	<input type="checkbox"/> FT3	<input type="checkbox"/> HbS抗原
<input type="checkbox"/> 蛋白分画	<input type="checkbox"/> KL-6	<input type="checkbox"/> FT4	<input type="checkbox"/> HbS抗体
<input type="checkbox"/> 総ビリルビン	<input type="checkbox"/> ビタミンB12	<input type="checkbox"/> インスリン	<input type="checkbox"/> HbA1c
<input type="checkbox"/> 腎臓ビリルビン	<input type="checkbox"/> ビタミンB1	<input type="checkbox"/> Cペプタイド	<input type="checkbox"/> HbA1c
<input type="checkbox"/> AST(GOT)	<input type="checkbox"/> 鉄(Fe)	<input type="checkbox"/> ニンhydr	<input type="checkbox"/> HbA1c
<input type="checkbox"/> ALT(GPT)	<input type="checkbox"/> TIBC	<input type="checkbox"/> コルチゾール	<input type="checkbox"/> APTT
<input type="checkbox"/> LD(LDH)	<input type="checkbox"/> ALP	<input type="checkbox"/> フェリチン	<input type="checkbox"/> MMP-3
<input type="checkbox"/> LALP	<input type="checkbox"/> AFP	<input type="checkbox"/> Whole PTH	<input type="checkbox"/> HbA1c
<input type="checkbox"/> CK(CPK)	<input type="checkbox"/> CEA	<input type="checkbox"/> ANP	<input type="checkbox"/> HbA1c
<input type="checkbox"/> アミラーゼ	<input type="checkbox"/> CA19-9	<input type="checkbox"/> BNP	<input type="checkbox"/> HbA1c
<input type="checkbox"/> アミラーゼ	<input type="checkbox"/> PSA	<input type="checkbox"/> NT-Pro BNP	<input type="checkbox"/> HbA1c
<input type="checkbox"/> アミラーゼ	<input type="checkbox"/> CA125	<input type="checkbox"/> PIVKA-II	<input type="checkbox"/> HbA1c
<input type="checkbox"/> アミラーゼ	<input type="checkbox"/> SCC	<input type="checkbox"/> HCG定量	<input type="checkbox"/> HbA1c
<input type="checkbox"/> アミラーゼ	<input type="checkbox"/> PIVKA-II	<input type="checkbox"/> HCG-β	<input type="checkbox"/> HbA1c
<input type="checkbox"/> アミラーゼ	<input type="checkbox"/> total P1NP	<input type="checkbox"/> LH	<input type="checkbox"/> HbA1c
<input type="checkbox"/> アミラーゼ	<input type="checkbox"/> FSH	<input type="checkbox"/> IgE(RIST)	<input type="checkbox"/> HbA1c
<input type="checkbox"/> アミラーゼ	<input type="checkbox"/> View39	<input type="checkbox"/> MAST48	<input type="checkbox"/> HbA1c
<input type="checkbox"/> アミラーゼ	<input type="checkbox"/> MAST48	<input type="checkbox"/> MAST48	<input type="checkbox"/> HbA1c
<input type="checkbox"/> アミラーゼ	<input type="checkbox"/> MAST48	<input type="checkbox"/> MAST48	<input type="checkbox"/> HbA1c
<input type="checkbox"/> アミラーゼ	<input type="checkbox"/> MAST48	<input type="checkbox"/> MAST48	<input type="checkbox"/> HbA1c

- ⑬各個別検査項目の選択記入欄  
検査内容を選択し斜線／を入れる
- ⑭負荷試験項目の選択記入欄  
負荷試験項目を選択し斜線／を入れる
- ⑮貴院専用項目の選択記入欄  
予め指定された貴院専用項目の中から選択し斜線／を入れる  
※貴院専用項目は9種類設定できます
- ⑯その他記入欄  
個別検査項目に選択したい検査項目がない場合は、その他記入欄へ手書きで記入してください
- ⑰1日尿量の記入欄  
1日蓄尿量をmL単位で記入ください

貴院控は複写2枚目(青色)となります

### OCR帳票記入上の注意

依頼	依頼取消	数字	カナ大文字	カナ小文字
<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="text" value="4"/>	<input type="text" value="ㄢ"/>	<input type="text" value="ㄣ"/>

カナ大文字は枠いっぱい大きく記入！  
カナ小文字は下半文字分内に記入！  
OCRは複写ですので、**黒色ボールペン**で強くご記入ください  
OCR依頼書は**折曲厳禁**です

検体本数記入欄および受領者記入欄は  
株式会社cis 検体回収担当者が記入します

② アレルギー検査依頼書



施設名コード  医療法人 CIS熊本病院  その他コード  施設  至急

患者ID  番号  氏名  入院外来  診療科

氏名カナ  内科  消化器科  耳鼻科

生年月日 大  平  令  34年 8月 12日 年齢 64才 空腹  15時間

性別  女 採取日時 23年 7月 7日 10:30 PM 返新  後

非特異的IgE  4000 IgE(RIST)  アトピー鑑別試験  4001 ファイアトープ  Viewアレルギー-39  4595 View39  MASTアレルギー-48  5108 MAST48

CAPマルチアレルゲン  4301 イネ科  4311 雑草  4321 食物  4331 穀物  4341 動物上皮  4351 カビ

IgE-CAP16  4744 食物アレルギー  4745 アトピー-乳幼児  4746 アトピー-学童  4747 アトピー-成人  4748 花粉症・鼻炎  4749 アレルギー性喘息

特異的IgE(CAP-シングルアレルゲン) 種類別一覧 1種につき血清0.3mL 各110 1回1430まで

<b>室内塵</b>	<b>体科植物花粉</b>	<input type="checkbox"/> 4055 イラクサ(属)	<input type="checkbox"/> 4137 ヒツジ(上皮)	<input type="checkbox"/> 4376 無水フタル酸	<input type="checkbox"/> 4380 Jug r 1	<input type="checkbox"/> 4213 ジャガイモ	<input type="checkbox"/> 4215 アサギ(仏-豚)
<input type="checkbox"/> 4181 ハウスダスト1	<input type="checkbox"/> 4014 カモガヤ	<input type="checkbox"/> 4056 ヒメスイバ	<input type="checkbox"/> 4130 セセイイコ(羽毛)	<input type="checkbox"/> 4095 エゾノオササギ	<input type="checkbox"/> 4287 カシューナッツ	<input type="checkbox"/> 4245 サツマイモ	<input type="checkbox"/> 4280 アサリ
<input type="checkbox"/> 4182 ハウスダスト2	<input type="checkbox"/> 4017 オアワガエリ	<input checked="" type="checkbox"/> <b>真菌/細菌</b>	<input type="checkbox"/> 4129 セセイイコ(羽毛)	<input type="checkbox"/> 4097 ホルマリン	<input type="checkbox"/> 4281 Ana o 3	<input type="checkbox"/> 4279 カボチャ	<input type="checkbox"/> 4281 カキ(牡蠣)
<b>ダニ</b>	<input type="checkbox"/> 4012 ハルガヤ	<input type="checkbox"/> 4105 アルテルナリア	<input type="checkbox"/> 4135 ニトリ(羽毛)	<b>食品</b>	<input type="checkbox"/> 4214 ココナッツ	<input type="checkbox"/> 4261 ホウレンソウ	<input type="checkbox"/> 4282 ホタテ
<input type="checkbox"/> 4171 ヤクヒョウヒダニ	<input type="checkbox"/> 4013 キョウギシバ	<input type="checkbox"/> 4106 カンジダ	<input type="checkbox"/> 4135 アヒル(羽毛)	<input type="checkbox"/> 4191 牛乳(ミルク)	<input type="checkbox"/> 4253 ブラジルナッツ	<input type="checkbox"/> 4246 タケノコ	<input type="checkbox"/> 4239 イカ
<input type="checkbox"/> 4172 コナヒョウヒダニ	<input type="checkbox"/> 4028 オオスマメツグ	<input type="checkbox"/> 4103 アスペルギルス	<input type="checkbox"/> 4128 ガチョウ(羽毛)	<input type="checkbox"/> 4192 卵白	<input type="checkbox"/> 4254 豚バラ(豚)ガサ	<input type="checkbox"/> 4220 ニンニク	<input type="checkbox"/> 4240 タコ
<input type="checkbox"/> 4173 アンブコナダニ	<input type="checkbox"/> 4022 セパンモロシ	<input type="checkbox"/> 4182 クラトスポリウム	<b>昆虫</b>	<input type="checkbox"/> 4225 卵黄	<input type="checkbox"/> 4274 イチゴ	<input type="checkbox"/> 4218 ゴマ	<input type="checkbox"/> 4241 サバ
<input type="checkbox"/> 4174 サヤアシクダニ	<input type="checkbox"/> 4018 ホソムギ	<input type="checkbox"/> 4101 ペニシリウム	<input type="checkbox"/> 4184 ゴキブリ	<input type="checkbox"/> 4272 オボムコイド	<input type="checkbox"/> 4237 リンゴ	<input type="checkbox"/> 4237 マスタード	<input type="checkbox"/> 4237 アジ
<input type="checkbox"/> 4175 ケナガコナダニ	<input type="checkbox"/> 4019 ナガハグサ	<input type="checkbox"/> 4104 ムコール	<input type="checkbox"/> 4186 ユスリカ(成虫)	<input type="checkbox"/> 4207 米	<input type="checkbox"/> 4236 モモ	<input type="checkbox"/> 4278 麦芽	<input type="checkbox"/> 4243 イワシ
<b>樹木花粉</b>	<input type="checkbox"/> 4015 ヒロハシケガサ	<input type="checkbox"/> 4107 ヘルミストリウム	<input type="checkbox"/> 4183 アンナガバチ	<input type="checkbox"/> 4219 ソバ	<input type="checkbox"/> 4266 パナナ	<input type="checkbox"/> 4223 ビール酵母	<input type="checkbox"/> 4183 タラ
<input type="checkbox"/> 4083 スギ	<input type="checkbox"/> 4018 アシ	<input type="checkbox"/> 4118 マラセチア(属)	<input type="checkbox"/> 4181 ミツバチ	<input type="checkbox"/> 4200 コムギ	<input type="checkbox"/> 4235 メロン	<input type="checkbox"/> 4248 カカオ	<input type="checkbox"/> 4276 カレイ
<input type="checkbox"/> 4091 ヒノキ	<input type="checkbox"/> 4027 コムギ(属)	<input type="checkbox"/> 4120 ナコトク(幼虫)	<input type="checkbox"/> 4182 スズメバチ	<input type="checkbox"/> 4202 オオムギ	<input type="checkbox"/> 4210 オレンジ	<input type="checkbox"/> 4255 チーズ(チーズ)	<input type="checkbox"/> 4217 サケ
<input type="checkbox"/> 4095 ヒヤクシン(属)	<input type="checkbox"/> 4024 スズメバチ(属)	<input type="checkbox"/> 4112 黄色ブドウ球菌	<input type="checkbox"/> 4185 ヤブカ(属)	<input type="checkbox"/> 4203 オートムギ	<input type="checkbox"/> 4268 グレープフルーツ	<input type="checkbox"/> 4250 モールドチーズ	<input type="checkbox"/> 4211 マグロ
<input type="checkbox"/> 4092 ハンノキ(属)	<input type="checkbox"/> 4020 コナカガサ(属)	<input type="checkbox"/> 4113 黄色ブドウ球菌	<input type="checkbox"/> 4187 ガ	<input type="checkbox"/> 4201 ライムギ	<input type="checkbox"/> 4232 キウイ	<input type="checkbox"/> 4255 α-ガラクトシ	<input type="checkbox"/> 4283 イクラ
<input type="checkbox"/> 4073 カバ(シラカバ)属	<b>雑草花粉</b>	<b>動物</b>	<b>寄生虫</b>	<input type="checkbox"/> 4286 0.5グリアジン	<input type="checkbox"/> 4271 マンゴ	<input type="checkbox"/> 4267 β-ガラクトシ	<input type="checkbox"/> 4284 タラコ
<input type="checkbox"/> 4077 コナラ(属)	<input type="checkbox"/> 4041 ブタクサ	<input type="checkbox"/> 4121 ネコ(フケ)	<input type="checkbox"/> 4153 アニサキス	<input type="checkbox"/> 4251 アワ	<input type="checkbox"/> 4273 アボガド	<input type="checkbox"/> 4268 カゼイン	<b>薬物</b>
<input type="checkbox"/> 4074 ブナ(属)	<input type="checkbox"/> 4043 オオブタクサ	<input type="checkbox"/> 4125 イヌ(フケ)	<input type="checkbox"/> 4145 回虫	<input type="checkbox"/> 4252 キビ	<input type="checkbox"/> 4247 洋ナシ	<input type="checkbox"/> 4249 グルテン	<input type="checkbox"/> 4374 ヒトインリン
<input type="checkbox"/> 4080 マツ(属)	<input type="checkbox"/> 4042 ブタクサモドキ	<input type="checkbox"/> 4126 モルモット(上皮)		<input type="checkbox"/> 4204 トウモロコシ	<input type="checkbox"/> 4208 トマト	<input type="checkbox"/> 4222 牛肉	<input type="checkbox"/> 4371 ゼラチン
<input type="checkbox"/> 4078 ニレ(属)	<input type="checkbox"/> 4052 アキナリソウ	<input type="checkbox"/> 4134 ハムスター(上皮)	<b>職業性アレルゲン</b>	<input type="checkbox"/> 4197 大豆	<input type="checkbox"/> 4233 セロリ	<input type="checkbox"/> 4212 豚肉	
<input type="checkbox"/> 4082 ヤナギ(属)	<input type="checkbox"/> 4046 ヨモギ	<input type="checkbox"/> 4139 マウス	<input type="checkbox"/> 4373 綿	<input type="checkbox"/> 4288 Gly m 4	<input type="checkbox"/> 4234 パセリ	<input type="checkbox"/> 4231 鶏肉	
<input type="checkbox"/> 4071 カエデ(属)	<input type="checkbox"/> 4045 ニガヨモギ	<input type="checkbox"/> 4136 ラット	<input type="checkbox"/> 4098 ラテックス	<input type="checkbox"/> 4205 インゲン	<input type="checkbox"/> 4221 玉ネギ	<input type="checkbox"/> 4277 羊肉	
<input type="checkbox"/> 4080 クルミ(属)	<input type="checkbox"/> 4054 フランスギク	<input type="checkbox"/> 4132 家兎(上皮)	<input type="checkbox"/> 4288 hev b 6.02 (シブツス(由来))	<input type="checkbox"/> 4206 エンドウ	<input type="checkbox"/> 4260 スイカ	<input type="checkbox"/> 4159 エビ	
<input type="checkbox"/> 4092 クワ(属)	<input type="checkbox"/> 4048 タンポポ(属)	<input type="checkbox"/> 4123 ウマ(フケ)	<input type="checkbox"/> 4370 オオバコ種子	<input type="checkbox"/> 4194 ビーナッツ	<input type="checkbox"/> 4209 ニンジン	<input type="checkbox"/> 4229 ロブスター	
<input type="checkbox"/> 4085 アカシア(属)	<input type="checkbox"/> 4050 カナムグラ	<input type="checkbox"/> 4124 ウシ(フケ)	<input type="checkbox"/> 4376 イソシアネートTDI	<input type="checkbox"/> 4290 Ara h 2	<input type="checkbox"/> 4270 ヤマイモ	<input type="checkbox"/> 4198 カニ	
<input type="checkbox"/> 4079 オリーブ	<input type="checkbox"/> 4049 ヘラオオバコ	<input type="checkbox"/> 4133 フタ(上皮)	<input type="checkbox"/> 4377 イソシアネートMDI	<input type="checkbox"/> 4195アーモンド			
<input type="checkbox"/> 4050 シロザ	<input type="checkbox"/> 4140 ヤギ(上皮)	<input type="checkbox"/> 4378 イソシアネートNDI	<input type="checkbox"/> 4285 クルミ	その他			

検体本数  血清  血糖  血液  凝固  尿  便  他  全血

OR帳票記入上の注意  
依頼取消  
数字  
カタカナ  
A  
複写です  
ので強く  
ご記入下  
さい  
折曲厳禁

# ②アレルギー検査依頼書 記入方法について

## 【主な記入内容】

- 施設名コード記入欄  
施設名コード、施設名、その他コードは部署等
- 患者ID  
患者IDは左詰めで記入
- 担当医（コード、氏名）  
コードは右詰めで、氏名はカタカナで記入
- 入院外来区分  
入・外のどちらかに斜線 / を入れる
- 診療科  
該当の診療科を選択し斜線 / を入れる
- 患者氏名  
カナ氏名を記入する  
姓と名の間は1マスあける  
濁点・半濁点も1文字分使う  
小文字は下半文字分内に記入する
- 生年月日・年齢・性別  
元号・性別を選択し斜線 / を入れる  
生年月日・年齢の数字は右詰めで記入
- 採血時の食後時間記入  
空腹もしくは食後0.5～9.5時間を記入  
食後10時間以上は空腹とする
- 透析前後  
透析前か後かを選択し斜線 / を入れる
- 至急検査  
至急検査の場合、至急に斜線 / を入れる

② アレルギー検査依頼書

施設名コード  医療法人 CIS熊本病院 施設名コード  至急  10

患者ID  担当医  診療科  内科  消化器科  腎臓科

氏名  年齢  性別  男  女

生年月日  年  月  日  AM  PM 採血時  時間

検査項目  CAP16  IgE (RIST)  アトピー-総IgE  アトピー-食品  アトピー-吸入  アトピー-皮膚

⑪ 採取日時の記入欄  
採取日は西暦20□□年で記入  
数字は右詰めで記入  
AMPMを選び斜線 / を入れる  
時間も記入

⑫ IgE (RIST) および複数マルチ項目検査  
選択して斜線 / を入れる

⑬ 特異的IgE (CAP-シングルアレルゲン) 種類別一覧 1種につき血清0.3mL

室内塵	イラクサ(園)	ヒツジ(上皮)	蕁水(アレルギー)	ジャガイモ
ハウスダスト	ヒメスミバ	アブラムシ	カゴメ	アサリ
カビ	キノコ	豚肉	鶏卵	小麦
ダニ	アブラムシ	豚肉	鶏卵	小麦
花粉	アブラムシ	豚肉	鶏卵	小麦
...	...	...	...	...

⑭ 検体本数記入欄

血液	血清	尿	便	他	全血
----	----	---	---	---	----

- 各個別アレルゲン検査項目の選択記入欄  
アレルゲン内容を選択し斜線 / を入れる
- その他記入欄  
各個別アレルゲン検査項目に選択したい検査項目がない場合は、その他記入欄へ手書きで記入してください

貴院控は複写2枚目(青色)となります

### OCR帳票記入上の注意

カナ大文字は枠いっぱいに大きく記入！  
カナ小文字は下半文字分内に記入！  
OCRは複写ですので、黒色ボールペンで強くご記入ください  
OCR依頼書は折曲厳禁です

依頼  
 依頼取消  
 数字  
 大文字  
 小文字

検体本数記入欄および受領者記入欄は  
(株)cis 検体回収担当者が記入します

### ③ 微生物検査依頼書

施設名コード     医療法人 CIS熊本病院

患者ID            ヨシモト

氏名カナ シヨウ ユニ カン シ ユウ ロウ

生年月日 大  平 令 34年 8月 12日 年 64才 空  15

性別  女 採取日時 23年 7月 7日 PM 10:30 透析  後

その他コード  〇〇施設 至急

診療科  
 内科  消化器科  耳鼻科  
 外科  整形外科  脳外科  
 眼科  泌尿器科  皮膚科  
 産科  婦人科  小児科  
 その他( )  精神科

所見事前情報	<input type="checkbox"/> 腹痛	<input type="checkbox"/> 下痢症	<input type="checkbox"/> 血便	<input type="checkbox"/> 食中毒
	<input type="checkbox"/> 海外帰国者	<input checked="" type="checkbox"/> 急性発熱	<input type="checkbox"/> STD	その他( )
セット検査	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>
	6 <input type="checkbox"/>	7 <input type="checkbox"/>	8 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
				10 <input type="checkbox"/>

検査材料	口腔・気道・呼吸器 170点	消化器 190点	泌尿器・生殖器 180点	血液・穿刺液 220点	その他の部位 170点
	<input type="checkbox"/> 喀痰	<input checked="" type="checkbox"/> 糞便	<input type="checkbox"/> 尿	<input type="checkbox"/> 動脈血	<input type="checkbox"/> 褥瘡
	<input type="checkbox"/> 鼻腔(鼻汁)	<input type="checkbox"/> 胆汁	<input type="checkbox"/> 膈分泌物	<input type="checkbox"/> 静脈血	<input type="checkbox"/> 耳漏
	<input type="checkbox"/> 咽頭ぬぐい液	<input type="checkbox"/> 胃液	<input type="checkbox"/> 子宮内容物	<input type="checkbox"/> 胸水	<input type="checkbox"/> 眼脂
	<input type="checkbox"/> 舌表面	<input type="checkbox"/> 便(厨房・職員関係)	<input type="checkbox"/> 尿道分泌物	<input type="checkbox"/> 腹水	<input type="checkbox"/> 皮膚・爪・毛
	<input type="checkbox"/> その他( )	<input type="checkbox"/> 便(健康診断)	<input type="checkbox"/> バルトリン腺	<input type="checkbox"/> 関節液	<input type="checkbox"/> 膿
			<input type="checkbox"/> 髄液(リコール)		

検査項目	<input checked="" type="checkbox"/> 塗抹・鏡検 64点 <input checked="" type="checkbox"/> 薬剤感受性検査 1菌種(180点)・2菌種(230点)・3菌種(290点)	<input checked="" type="checkbox"/> 培養・同定 <input type="checkbox"/> 嫌気性培養 120点	特殊項目
	<input type="checkbox"/> 定量培養(尿)		<input type="checkbox"/> MRSAスクリーニング

目的菌種	<input type="checkbox"/> MRSA	<input type="checkbox"/> 腸チフス	<input type="checkbox"/> 髄膜炎菌	<input type="checkbox"/> 黄色ブドウ球菌	<input type="checkbox"/> アスペルギルス
	<input type="checkbox"/> 百日咳菌	<input type="checkbox"/> パラチフス	<input type="checkbox"/> 肺炎球菌	<input type="checkbox"/> ブドウ球菌	<input type="checkbox"/> 白癬菌
	<input type="checkbox"/> サルモネラ菌・赤痢菌	<input type="checkbox"/> 赤痢菌	<input type="checkbox"/> A群溶連菌	<input type="checkbox"/> O-157	<input type="checkbox"/> 真菌
	<input type="checkbox"/> 腸炎ビブリオ・コレラ菌	<input type="checkbox"/> 大腸菌	<input type="checkbox"/> B群溶連菌	<input type="checkbox"/> O-26	<input type="checkbox"/> その他
	<input checked="" type="checkbox"/> 病原大腸菌	<input type="checkbox"/> C.ティフィシ <sup>55株</sup>	<input type="checkbox"/> GBS	<input type="checkbox"/> O-111	
	<input type="checkbox"/> エルシニア菌	<input type="checkbox"/> H.ピロリ <sup>専</sup>	<input type="checkbox"/> インフルエンザ菌	<input type="checkbox"/> クリプトコッカス	
	<input type="checkbox"/> キャンピロバクター <sup>嫌</sup>	<input type="checkbox"/> 淋菌	<input type="checkbox"/> 緑膿菌	<input type="checkbox"/> カンジダ	

抗酸菌	塗抹鏡検	チールネルゼン法 64点	蛍光法 50点
	培養	抗酸菌分離培養(液体培地法) 300点	抗酸菌分離培養(それ以外のもの) 209点
	同定	抗酸菌同定(質量分析法) 361点	結核菌群抗原定性 291点
	抗酸菌核酸同定	結核菌群核酸検出 410点	
		MAC核酸検出 421点	
	薬剤感受性	4薬剤以上 400点	

受領者

月  日

折曲厳禁

検体本数	スワブ	血培	他	
------	-----	----	---	--

# ③微生物検査依頼書 記入方法について

## 【主な記入内容】

① 施設名コード記入欄  
施設名コード、施設名、その他コードは部署等

② 患者ID  
患者IDは左詰めで記入

③ 担当医（コード、氏名）  
コードは右詰めで、氏名はカタカナで記入

④ 入院外来区分  
入・外のどちらかに斜線/を入れる

⑤ 診療科  
該当の診療科を選択し斜線/を入れる

⑥ 患者氏名  
カナ氏名を記入する  
姓と名の間は1マスあける  
濁点・半濁点も1文字分使う  
小文字は下半文字分内に記入する

⑦ 生年月日・年齢・性別  
元号・性別を選択し斜線/を入れる  
生年月日・年齢の数字は右詰めで記入

⑧ 採血時の食後時間記入  
空腹もしくは食後0.5～9.5時間を記入  
食後10時間以上は空腹とする

⑨ 透析前後  
透析前か後かを選択し斜線/を入れる

⑩ 至急検査  
至急検査の場合、至急に斜線/を入れる

⑪ 採取日時  
採取日は西暦20□□年で記入  
数字は右詰めで記入  
AMPMを選び斜線/を入れる  
時間も記入

⑫ 所見事前情報とセット検査  
所見事前情報を選び斜線/を入れる  
セット検査を選び斜線/を入れる  
※セット検査は10種類設定できます

- ①施設名コード記入欄  
施設名コード、施設名、その他コードは部署等
- ②患者ID  
患者IDは左詰めで記入
- ③担当医（コード、氏名）  
コードは右詰めで、氏名はカタカナで記入
- ④入院外来区分  
入・外のどちらかに斜線/を入れる
- ⑤診療科  
該当の診療科を選択し斜線/を入れる
- ⑥患者氏名  
カナ氏名を記入する  
姓と名の間は1マスあける  
濁点・半濁点も1文字分使う  
小文字は下半文字分内に記入する
- ⑦生年月日・年齢・性別  
元号・性別を選択し斜線/を入れる  
生年月日・年齢の数字は右詰めで記入
- ⑧採血時の食後時間記入  
空腹もしくは食後0.5～9.5時間を記入  
食後10時間以上は空腹とする
- ⑨透析前後  
透析前か後かを選択し斜線/を入れる
- ⑩至急検査  
至急検査の場合、至急に斜線/を入れる

⑪採取日時  
採取日は西暦20□□年で記入  
数字は右詰めで記入  
AMPMを選び斜線/を入れる  
時間も記入

⑫所見事前情報とセット検査  
所見事前情報を選び斜線/を入れる  
セット検査を選び斜線/を入れる  
※セット検査は10種類設定できます

⑬ 検査材料  
検査材料を選択し斜線/を入れる

⑭ 検査項目  
検査項目を選択し斜線/を入れる  
一般細菌・真菌の検査項目を選択し斜線/を入れる  
好気培養と嫌気培養の両方がある場合は培養・同定と嫌気性培養に斜線/を入れる

⑮ 目的菌種  
目的菌種を選択し斜線/を入れる

⑯ 抗酸菌  
抗酸菌検査内容で選択したい検査項目を選択し斜線/を入れる

⑰ その他の記入欄  
選択したい検査項目がない場合は、  
その他記入欄へ手書きで記入してください

貴院控は複写2枚目（青色）となります

### OCR帳票記入上の注意

依頼 依頼取消 数字 大文字 小文字  
  4 ㄋ ㄋ  
 カナ大文字は枠いっぱい大きく記入！  
 カナ小文字は下半文字分内に記入！  
 OCRは複写ですので、**黒色ボールペン**で強くご記入ください  
 OCR依頼書は**折曲厳禁**です

検体本数記入欄および受領者記入欄は  
株式会社cis 検体回収担当者が記入します

④ 病理組織検査依頼・報告書



施設名コード  医療法人 CIS熊本病院

その他コード  〇〇施設

患者ID

外来入院  外  入

フリガナ

- 診療科:  内科,  消化器科,  耳鼻科,  外科,  整形外科,  脳外科,  眼科,  泌尿器科,  皮膚科,  産科,  婦人科,  小児科,  その他,  精神科

氏名

生年月日 大  平  令 34年 8月 12日 年齢 64才 性別  男  女

採取日 20 23年 7月 7日  診断まで  診断のみ  標本作製のみ

受付No.  臓器数  1  2  3 標本枚数  生検数  容器数

採取:  生検,  EMR,  針生検,  術材,  ポリペク,  その他

検査臓器:  食道,  胃と十二指腸,  小腸,  盲腸,  上行+横行+下行結腸,  S状結腸,  直腸,  肝臓,  気管支と肺臓,  卵巣,  腎臓,  骨髄穿刺,  子宮体部+子宮頸部,  乳腺,  前立腺,  皮膚,  子宮内容物,  その他

※子宮体部は④経腸診検査依頼・報告書2にてご提出下さい  
必要事項は必ずご記入の上ご提出下さい

臨床診断  
採取部位の略図  
臨床経過・所見

※この下は診断用記入欄です

病理学的診断及び所見

上記のとおりご報告致します

診断医 \_\_\_\_\_ 診断日 \_\_\_\_\_年 月 日

1   
2   
3   
4   
5   
6   
7   
8   
9   
10

受付日 月 日 時 分 受領者

OCR帳票記入上の注意  
依頼取消  
数字4  
カタカナ  
複製ですので強くご記入下さい  
折曲厳禁

# ④病理組織検査依頼・報告書 記入方法について

## 【主な記入内容】

- ①施設名コード記入欄  
施設名コード、施設名、その他コードは部署等
- ②患者ID  
患者IDは**左詰めで記入**
- ③担当医（コード、氏名）  
コードは**右詰めで**、氏名はカタカナで記入
- ④入院外来区分  
入・外のどちらかに**斜線／**を入れる  
入院の場合は階数や病棟名を記入
- ⑤診療科  
該当の診療科を選択し**斜線／**を入れる
- ⑥患者氏名（フリカナ）  
カナ氏名を記入する  
姓と名の間は**1マスあける**  
濁点・半濁点も**1文字分使う**  
小文字は下半文字分内に記入する
- ⑦患者氏名（漢字）  
患者氏名を漢字で記入する
- ⑧生年月日・年齢・性別  
元号・性別を選択し**斜線／**を入れる  
生年月日・年齢の数字は**右詰めで**記入する
- ⑨検査実施内容  
検査実施内容を選択し**斜線／**を入れる
- ⑩臓器数を選択し**斜線／**を入れる  
標本枚数・生検数・容器数を記入する

④ 病理組織検査依頼・報告書

施設名コード 1 2 3 4 医療法人 CIS熊本病院 施設名コード 1 00施設

患者ID 2 2 3 4 5 ヨシモト

担当医 小 路 勤 十 郎

生年月日 大 平 3 4 年 8 月 1 2 日 年齢 6 4 性別 女

採取日 2 0 2 3 年 7 月 7 日

採取方法 生検 EMR 針生検 術材 ホリベク その他

検査臓器 食道 胃と十二指腸 小腸 盲腸 上行+横行結腸 S状結腸 直腸 肝臓 気管支と肺臓 卵巣 腎臓 骨髄穿刺 子宮体部+子宮頸部 乳腺 前立腺 皮膚 子宮内容物 その他

採取部位の略図 臨床経過・所見

受付No.は、(株)CIS 検査担当者が記入しますので検査依頼時の記入は不要です

- ⑪採取日の記入欄  
採取日は**西暦20□□年**で記入  
数字は**右詰めで**記入
- ⑫採取方法と⑬検査臓器  
採取方法と検査臓器を選択し**斜線／**を入れる
- ⑭採取部位の略図、臨床経過・所見  
採取部位の略図、臨床経過・所見を記入ください

この下は診断用記入欄です

病理学的診断及び所見

この場所は検査結果の記入欄です

上記のとおりご報告致します

診断日 年 月 日

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

受付日 月 日 時 分 受領者

受付日および受領者記入欄は(株)CIS 検体回収担当者が記入します

貴院控は複写2枚目（青色）となります

### OCR帳票記入上の注意

依頼 依頼取消 数字 かな大文字 かな小文字

4

カナ大文字は枠いっぱい大きく記入！  
カナ小文字は下半文字分内に記入！  
OCRは複写ですので、**黒色ボールペン**で強くご記入ください  
OCR依頼書は**折曲厳禁**です



⑤ 細胞診検査依頼・報告書1  
子宮頸部細胞診結果報告書(ベセスダシステム2001準拠)



施設名コード  医療法人 CIS熊本病院 その他コード  ○○施設

患者ID  出生年  ヨシモト

フリガナ

氏名

生年月日 大 平 令 34年 8月 12日 年齢 才 性別 男

採取日・時間 20 年 月 日 時 分

受付No.  標本枚数  容器数

外来入院 外 内

診療科

<input type="checkbox"/> 内科	<input type="checkbox"/> 消化器科	<input type="checkbox"/> 耳鼻科
<input type="checkbox"/> 外科	<input type="checkbox"/> 整形外科	<input type="checkbox"/> 脳外科
<input type="checkbox"/> 眼科	<input type="checkbox"/> 泌尿器科	<input type="checkbox"/> 皮膚科
<input type="checkbox"/> 血科	<input checked="" type="checkbox"/> 婦人科	<input type="checkbox"/> 小児科
<input type="checkbox"/> その他( )	<input type="checkbox"/> 精神科	

※子宮体部は⑤細胞診検査依頼・報告書2にてご提出下さい

検査材料	<input checked="" type="checkbox"/> 子宮頸部擦過	標本の種類	標本作成法		
	<input type="checkbox"/> 腹部擦過		<input type="checkbox"/> 塗抹法	<input checked="" type="checkbox"/> LBC	
	<input type="checkbox"/> 腔断端擦過		細胞採取器具		
			<input type="checkbox"/> 綿棒	<input type="checkbox"/> ブラシ	<input type="checkbox"/> ヘラ
			<input type="checkbox"/> サイトピック	<input type="checkbox"/> その他( )	

臨床診断  
臨床経過

婦人科



最終月経 年 月 日 ~ 年 月 日 閉経 才 不正出血 有 無 理髪 有 無 ( W ) 分娩 回 月経痛 有 無 IUD挿入 有 無 ピル 有 無

喫煙 有 1日 ( 本 年間 ) 治療 手術 放射線 制癌剤 ホルモン剤投与薬剤名 ( )

※この下は診断用所見記入欄です

標本の適合	理由:	
ベセスダシステム	推定病変	日母分類
<input type="checkbox"/> 陰性(NILM)	微生物 その他の非腫瘍性所見	I・II
<input type="checkbox"/> 扁平上皮系異常		
ASC-US	軽度扁平上皮内病変疑い	II-IIa
ASC-H	高度扁平上皮内病変疑い	IIIa・IIIb
LSIL	HPV感染 軽度異形成	IIIa
HSIL	中等度異形成	IIIa
	高度異形成	IIIb
SCC	上皮内癌	IV
	微小浸潤扁平上皮癌疑い	V
	微小浸潤扁平上皮癌 扁平上皮癌	V
<input type="checkbox"/> 腺系異常およびその他の悪性腫瘍		
AGC	腺癌または腺癌疑い	III
AIS	上皮内腺癌	IV
Adenocarcinoma	腺癌	V
Other malignancy	その他の悪性腫瘍	V

子宮内頸部/移行帯細胞 (有・無)	
出現細胞	
扁平上皮細胞	
表層型	
中層型	
深層型	
頸管内頸細胞	
体内内頸細胞	
化生細胞	
鱗状細胞	
赤血球	
白血球	
細菌群	
真菌	
細菌	
トリコモナス	
ヘルペス感染細胞	

細胞所見

指導医師

上記のとおりご報告致します 細胞検査士 細胞診指導医

受付日	受領者
月 日	
時 分	

報告日 年 月 日

O C R 帳票記入上の注意 依頼取消 X 数字 4 カタカナ ア ⑤ 複写ですので強くご記入下さい 折曲厳禁

# ⑤細胞診検査依頼・報告書1

# 記入方法について

## 【主な記入内容】

- ①施設名コード記入欄  
施設名コード、施設名、その他コードは部署等
- ②患者ID  
患者IDは**左詰めで記入**
- ③担当医（コード、氏名）  
コードは**右詰めで**、氏名はカタカナで記入
- ④入院外来区分  
入・外のどちらかに**斜線/**を入れる  
入院の場合は階数や病棟名を記入
- ⑤診療科  
該当の診療科を選択し**斜線/**を入れる
- ⑥患者氏名（フリカナ）  
カナ氏名を記入する  
姓と名の間は**1マスあける**  
濁点・半濁点も**1文字分使う**  
小文字は下半文字分内に記入する
- ⑦患者氏名（漢字）  
患者氏名を漢字で記入する
- ⑧生年月日・年齢・性別  
元号・性別を選択し**斜線/**を入れる  
生年月日・年齢の数字は**右詰めで**記入する
- ⑨標本枚数の記入  
標本枚数を数字は**右詰めで**記入する
- ⑩容器数の記入  
容器数を数字は**右詰めで**記入する

⑤ 細胞診検査依頼・報告書1  
子宮頸癌細胞診結果報告書(ベセスシステム2001準拠)

施設名コード: 1234 医療法人 CIS熊本病院 施設名コード: 100 施設

患者ID: 23456789 氏名: ヨシモト 外来/入院: 入院

担当医: ③ 1 ヨシモト 診療科: ⑤ 内科

氏名: ⑦ 小路 順子

生年月日: ⑧ 大 平 帝 34年 8月 12日 年齢: 64才 性別: 男

採取日・時間: ⑪ 2023年 7月 7日 10時 30分

受付No.: ⑨ 123456789 容器数: ⑩ 7

検査材料: ⑫  子宮頸部脱落  陰部脱落  陰道脱落

臨床診断: ⑬ 臨床経過

その他詳細情報: ⑭

受付No.は、(株)CIS 検査担当者が記入しますので  
検査依頼時の記入は不要です

- ⑪採取日・時間の記入欄  
採取日は**西暦**20□□年で記入  
数字は**右詰めで**記入
- ⑫検査材料と標本の種類  
検査材料と標本の種類を選択し**斜線/**を入れる
- ⑬臨床診断、臨床経過  
臨床診断、臨床経過を記入ください
- ⑭その他詳細情報について  
詳細情報を記入および選択し**斜線/**を入れる

標本の適合	適切	不適切	理由	判定	病変	白帯増分	子宮内腫瘍/移行帯細胞 (有・無)	出 発 数
ベセスシステム	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>						
男性(NILM)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	男性			I-II		
子宮上皮系腫瘍	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	その他の子宮腫瘍性所見					
ASC-US	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	軽度扁平上皮内病変疑い			III-IIIa		
ASC-H	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	高度扁平上皮内病変疑い			IIIa-IIIb		
LSIL	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	HPV感染			IIIa		
HSIL	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	軽度異形成			IIIa		
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	中等度異形成			IIIb		
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	高度異形成			IV		
SCC	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	微小浸潤扁平上皮癌疑い			V		
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	微小浸潤扁平上皮癌			V		
腺系腫瘍およびその他の悪性腫瘍	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>						
AGC	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	腺癌または腺癌疑い			III		
AIS	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	上皮内腺癌			IV		
Adenocarcinoma	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	腺癌			V		
Other malignancy	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	その他の悪性腫瘍			V		

この場所は検査結果の記入欄です

受付日 受領者

報告日 年 月 日

受付日および受領者記入欄は  
(株)CIS 検体回収担当者が記入します

貴院控は複写2枚目(青色)となります

### OCR帳票記入上の注意

カナ大文字は枠いっぱい大きく記入!  
カナ小文字は下半文字分内に記入!  
OCRは複写ですので、**黒色ボールペン**で強くご記入ください  
OCR依頼書は**折曲厳禁**です

依頼 依頼取消 数字 大文字 小文字

4  ㄩ  ㄩ

⑥ 細胞診検査依頼・報告書2



施設名コード  医療法人 CIS熊本病院  その他コード  施設

患者ID    提出日  ヨシモト

外来入院  外     
診療科

フリガナ

内科  消化器科  耳鼻科  
 外科  整形外科  脳外科  
 眼科  泌尿器科  皮膚科  
 産科  婦人科  小児科  
 その他( )  精神科

氏名 小路 順子

生年月日 大  平  令  3  4 年  8 月  1  2 日 年 6 4 才 性別 男

採取日・時間 20  年  月  日  時  分

受付No.  標本枚数   容器数

検査材料	<input type="checkbox"/> 子宮内膜擦過	<input type="checkbox"/> 子宮内膜吸引	<input checked="" type="checkbox"/> 外陰部擦過		
	<input type="checkbox"/> 自然尿	<input type="checkbox"/> カテーテル尿/分腎尿	<input type="checkbox"/> 留置カテーテル尿	<input type="checkbox"/> 回腸導管尿	<input type="checkbox"/> リコール
	<input type="checkbox"/> 喀痰	<input type="checkbox"/> 蓄痰	<input type="checkbox"/> 気管支擦過	<input type="checkbox"/> 乳腺穿刺	<input type="checkbox"/> 乳頭分泌物
	<input type="checkbox"/> 腹水	<input type="checkbox"/> 胸水	<input type="checkbox"/> 胆汁	<input type="checkbox"/> その他( )	

臨床診断

臨床経過

胸部X線像



喫煙  有 1日 (  本  年 ) 治療  手術  放射線  制癌剤  ホルモン剤投与  副作用名( )

【判定】	Class	I	II	III	IV	V
			陰性	疑陽性		陽性
		検体不適正	正常または良性	鑑別困難	悪性の疑い	悪性
細胞診断所見	<input type="text"/>					
指導医欄						

出現細胞	
扁平上皮	
尿路上皮	
中皮細胞	
円柱上皮	
絨毛円柱上皮	
子宮頸管上皮	
体部内腹上皮	
赤血球	
白血球	
組織球	
化生細胞	
再生上皮	
細菌	
真菌	
間質細胞	
トリコモナス	
ヘルペス感染細胞	
標本No.	

上記のとおりご報告致します 細胞検査士 細胞診指導医

受付日	受領者
月 日 時 分	

報告日 年 月 日

OCR 帳票記入上の注意  
 依頼  依頼取消  数字  カタカナ   
 ◎ 複写ですので強くご記入下さい 折曲厳禁

# ⑥細胞診検査依頼・報告書2

# 記入方法について

## 【主な記入内容】

- ①施設名コード記入欄  
施設名コード、施設名、その他コードは部署等
- ②患者ID  
患者IDは**左詰めで記入**
- ③担当医（コード、氏名）  
コードは**右詰めで**、氏名はカタカナで記入
- ④入院外来区分  
入・外のどちらかに**斜線/**を入れる  
入院の場合は階数や病棟名を記入
- ⑤診療科  
該当の診療科を選択し**斜線/**を入れる
- ⑥患者氏名（フリカナ）  
カナ氏名を記入する  
姓と名の間は**1マスあける**  
濁点・半濁点も**1文字分使う**  
小文字は下半文字分内に記入する
- ⑦患者氏名（漢字）  
患者氏名を漢字で記入する
- ⑧生年月日・年齢・性別  
元号・性別を選択し**斜線/**を入れる  
生年月日・年齢の数字は**右詰めで**記入する
- ⑨標本枚数の記入  
標本枚数を数字は**右詰めで**記入する
- ⑩容器数の記入  
容器数を数字は**右詰めで**記入する

## ⑥ 細胞診検査依頼・報告書2

①施設名コード  
②患者ID  
③担当医  
④入院外来区分  
⑤診療科  
⑥患者氏名  
⑦患者氏名  
⑧生年月日・年齢・性別  
⑨標本枚数  
⑩容器数  
⑪採取日・時間  
⑫検査材料  
⑬臨床診断、臨床経過  
⑭その他詳細情報

**受付No.は、(株)CIS 検査担当者が記入しますので  
検査依頼時の記入は不要です**

- ⑪採取日・時間の記入欄  
採取日は**西暦**20□□年で記入  
数字は**右詰めで**記入
- ⑫検査材料  
検査材料を選択し**斜線/**を入れる
- ⑬臨床診断、臨床経過  
臨床診断、臨床経過を記入ください
- ⑭その他詳細情報について  
詳細情報を記入および選択し**斜線/**を入れる

**貴院控は複写2枚目（青色）となります**

## OCR帳票記入上の注意

依頼 依頼取消 数字 かな大文字 かな小文字

カナ大文字は枠いっぱい大きく記入！  
カナ小文字は下半文字分内に記入！  
OCRは複写ですので、**黒色ボールペン**で強くご記入ください  
OCR依頼書は**折曲厳禁**です

**受付日および受領者記入欄は  
(株)CIS 検体回収担当者が記入します**

⑦ 検体検査依頼書(連名用)



施設コード   1 2 3 4 医療法人 CIS熊本病院   1 ○○施設

依頼日 20  3 年  7 月  7 日 担当医  1 ヨシモト 診療科  内科 外来入院  外  内

1 <input type="checkbox"/> スクリーニング	2 <input type="checkbox"/> 肝1	3 <input type="checkbox"/> 肝2	4 <input type="checkbox"/> コレステロール1	5 <input type="checkbox"/> コレステロール2
6 <input checked="" type="checkbox"/> 腎	7 <input type="checkbox"/> 甲状腺1	8 <input checked="" type="checkbox"/> 甲状腺2	9 <input type="checkbox"/> 貧血	10 <input type="checkbox"/> 特定健診
11 <input type="checkbox"/> 長寿健診	12 <input type="checkbox"/> 人間ドック	13 <input type="checkbox"/> 健診追加	14 <input type="checkbox"/> 長寿健診追加	15 <input type="checkbox"/> 会社健診
16 <input type="checkbox"/> Aセット	17 <input checked="" type="checkbox"/> Bセット	18 <input type="checkbox"/> Cセット	19 <input type="checkbox"/> 妊婦セット	20 <input type="checkbox"/>
21 <input type="checkbox"/>	22 <input type="checkbox"/>	23 <input type="checkbox"/>	24 <input type="checkbox"/>	25 <input type="checkbox"/>

No	患者ID・患者名(カナ)・性別・年齢	検査項目	検査時間
1	患者ID 1 2 3 4 5 6 <input type="text"/> <input type="text"/> 性別 男 <input checked="" type="checkbox"/> 女 <input type="checkbox"/> 年齢 <input type="text"/> 6 4 才	HbA1c (酵素法)	<input type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 1 5 時間
2	患者ID 1 2 3 4 5 <input type="text"/> <input type="text"/> 性別 <input checked="" type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女 <input type="checkbox"/> 年齢 <input type="text"/> 6 4 才	HbA1c (酵素法)	<input type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 1 5 時間
3	患者ID 1 2 3 4 5 6 7 <input type="text"/> <input type="text"/> 性別 <input checked="" type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女 <input type="checkbox"/> 年齢 <input type="text"/> 5 5 才		<input checked="" type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 検査済
4	患者ID 1 2 3 4 5 6 8 <input type="text"/> <input type="text"/> 性別 男 <input checked="" type="checkbox"/> 女 <input type="checkbox"/> 年齢 <input type="text"/> 5 4 才	Fe フェリチン	<input type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 1 5 時間
5	患者ID 2 2 3 4 5 7 8 <input type="text"/> <input type="text"/> 性別 <input checked="" type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女 <input type="checkbox"/> 年齢 <input type="text"/> 6 4 才		<input checked="" type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 検査済
6	患者ID 2 2 3 4 5 7 9 <input type="text"/> <input type="text"/> 性別 男 <input checked="" type="checkbox"/> 女 <input type="checkbox"/> 年齢 <input type="text"/> 5 4 才	Fe フェリチン	<input checked="" type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 検査済
7	患者ID <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> 性別 男 <input type="checkbox"/> 女 <input type="checkbox"/> 年齢 <input type="text"/> <input type="text"/> 才		<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 検査済
8	患者ID <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> 性別 男 <input type="checkbox"/> 女 <input type="checkbox"/> 年齢 <input type="text"/> <input type="text"/> 才		<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 検査済
9	患者ID <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> 性別 男 <input type="checkbox"/> 女 <input type="checkbox"/> 年齢 <input type="text"/> <input type="text"/> 才		<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 検査済
10	患者ID <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> 性別 男 <input type="checkbox"/> 女 <input type="checkbox"/> 年齢 <input type="text"/> <input type="text"/> 才		<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 検査済

検体本数	血清	血腫	血清	凝固
	原	便	血	全血

備考

受領書

月 日

OCR帳票記入上の注意  
 依頼  
 依頼取消  
 数字  
 カタカナ  
 ㍻ 複写ですのて強くご記入下さい  
 折曲厳禁

# ⑦検体検査依頼書（連名用） 記入方法について

## 【主な記入内容】

- ①施設名コード記入欄  
施設名コード、施設名、その他コードは部署等
- ②依頼日  
依頼日は西暦20□□年で記入  
数字は**右詰め**で記入
- ③担当医（コード、氏名）  
コードは**右詰め**で、氏名はカタカナで記入
- ④診療科  
該当の診療科を記入
- ⑤外来入院区分  
外・入のどちらかに**斜線**／を入れる  
入院の場合は階数や病棟名を記入
- ⑥セット検査  
セット検査を選び**斜線**／を入れる  
※セット検査は25種類設定できます
- ⑦患者ID  
**患者IDは左詰め**で記入
- ⑧患者氏名（フリカナ）  
**カナ氏名**を記入する  
姓と名の間は**1マス**あける  
濁点・半濁点も**1文字**分使う  
小文字は**下半文字**分内に記入する
- ⑨性別・年齢  
性別を選択し**斜線**／を入れる  
年齢の数字は**右詰め**で記入する
- ⑩検査項目の記入  
セット検査以外の検査項目を記入する
- ⑪採血時の食後時間記入  
空腹もしくは食後を選択し**斜線**／を入れる  
食後時間を0.5～9.5時間で記入する  
食後10時間以上は空腹とする
- ⑫備考の記入  
その他事項を記入する

## ⑦ 検体検査依頼書（連名用）



① 施設名コード		1 2 3 4		医療法人 CIS熊本病院	その他コード	1	〇〇施設
② 依頼日		20	2	3	年	7	月
③ 担当医		③ 1		ヨシモト	診療科	④	内科
⑤ 外来入院区分		5		外	入院	外	
⑥ セット検査		6	腎	7	肝1	8	肝2
⑦ 患者ID		7		1	ヨシモト	⑨ 性別・年齢	
⑧ 患者氏名		8		ヨシモト	⑩ 検査項目		⑪ 食後時間
⑫ 備考		12		検査本数		受領者	

検体本数記入欄および受領者記入欄は  
株CIS 検体回収担当者が記入します

貴院控は複写2枚目（青色）となります

### OCR帳票記入上の注意

加加 加加  
 大文字 小文字  
 依頼 依頼取消 数字

カナ大文字は枠いっぱい大きく記入！  
 カナ小文字は下半文字分内に記入！  
 OCRは複写ですので、**黒色ボールペン**で強くご記入ください  
 OCR依頼書は**折曲厳禁**です