

検査結果訂正・削除依頼書

臨床検査部長 殿

① 依頼日 平成__年__月__日

① 所属 _____

① 氏名 _____ (印)

① 連絡先 _____ (PHS: _____)

下記の患者の検査結果の訂正と削除をお願いします。

① 発見・発覚日時 平成 __年__月__日 (__曜日) __時頃

- ② 依頼内容
- 患者Aの検査結果を(オーダー取消とし)削除する。
 - 患者Aと患者Bの検査結果を(オーダー取消とし)削除する。
 - 患者Aと患者Bの検査結果を相互に書き換える。
 - その他(_____)

③ 患者Aの検査オーダー情報

患者登録番号	患者氏名
-	-
検査伝票番号	検査オーダー番号
<input type="checkbox"/> 052 血液ガス	
<input type="checkbox"/> 211 尿一般	
<input type="checkbox"/> 231 血液一般	
<input type="checkbox"/> 245 免疫化学	
<input type="checkbox"/> 311 細菌	
<input type="checkbox"/> 312 抗酸菌	
<input type="checkbox"/> 321 真菌	
<input type="checkbox"/> 331 ウィルス	
<input type="checkbox"/> その他	

患者Bの検査オーダー情報

患者登録番号	患者氏名
-	-
検査伝票番号	検査オーダー番号
<input type="checkbox"/> 052 血液ガス	
<input type="checkbox"/> 211 尿一般	
<input type="checkbox"/> 231 血液一般	
<input type="checkbox"/> 245 免疫化学	
<input type="checkbox"/> 311 細菌	
<input type="checkbox"/> 312 抗酸菌	
<input type="checkbox"/> 321 真菌	
<input type="checkbox"/> 331 ウィルス	
<input type="checkbox"/> その他	

④ 特記事項

- 記載方法
- ① 依頼日、所属、氏名、連絡先、発見・発覚日時を記入し捺印してください。
 - ② 依頼内容は該当項目の□にレ印を付け、該当項目がないときはその他に記入してください。
 - ③ 検査結果を訂正・削除する検査オーダーに関する患者・検査情報を記入してください。
検査伝票番号の□欄はレ印を付け、検査オーダー番号を記入してください。
 - ④ 連絡事項などは、特記事項欄に記入してください。

提出先 平日・土曜日の外来診療時間帯は、検査部事務室(検査棟2階)に提出してください。
時間帯外(日当直時間帯)は、緊急検査室に提出してください。

臨床検査部使用欄

受理日 平成__年__月__日 (__曜日) __時__分 [時間内 時間外]

処理日 平成__年__月__日 (__曜日) __時__分 [時間内 時間外]

部長	主任医	技師長

システム委員会

担当管理職	委員長	担当者

当直委員会

受理者	送信者