

성 명		주민등록번호 or 외국인등록번호	
검체종류		선별검사양성 검체 채취일	년 월 일
		추가검체채취일	(추가검체일경우에기입)
검사의뢰 항목			
의뢰기관명		의뢰의사	
연 락 처	전화 or 핸드폰:		
	FAX or E-mail :		

☐ Cannabinoid
 ☐ Morphine
 ☐ Codeine  
☐ Amphetamine
 ☐ Methamphetamine
 ☐ Cocaine  
☐ Others ( )

- Sterile plastic container에 보존제 첨가없이 10-20 mL 이상 받아주십시오.
- 환자인적사항(생년월일, 성명)을 정확히 기재해 주십시오.
- 채뇨시 제대로 받는지 (회석 또는 불순물을 첨가하지 않는지) 확인하여야 합니다.
- 확진용 검체는 1차 선별검사에서 양성인 검체를 보내주세요.

- 환자병록번호를 생성하기 위하여 주민등록번호 또는 외국인 등록번호가 반드시 필요합니다.
- 보내실 곳  
463-809 경기도 성남시 분당구 구미동 300  
분당서울대학병원 진단검사의학과 생화학유전 검사실  
전화 : 031-787-3181 FAX : 031-787-4015