■ 질병관리본부 시험의뢰규칙 [별지 제7호서식] <개정 2019. 8. 23.>

# (　　　　) 검체 시험의뢰서	처리기간
	「질병관리본부 시험검사 등에 관한 고시」에 따른 처리기간을 참고하시기 바랍니다.

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)

「질병관리본부 시험의뢰규칙」 제4조에 따라 위와 같이 시험을 의뢰합니다.

년　　　　월　　　　일

의뢰기관의 장　　　[인]

질병관리본부장　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. 후천성면역결핍증(AIDS)의 경우, 환자의 성명 대신 관리번호를 기재하여 주시기 바랍니다.
4. 검체 종류(수량)란에는 검체의 종류와 종류별 수량을 함께 기재하여 주시기 바랍니다. [예: 혈액(2개)]

처리 절차

의뢰서 작성	➔	접수	➔	시험·검사	➔	결재	➔	성적서 발급
의뢰인		질병관리본부(담당부서)						

210㎜×297㎜[백상지(80g/㎡) 또는 중질지(80g/㎡)]