

クオンティフェロン（QFT）検査 回収申込書

申 込 日	令和 年 月 日
団 体 名	(担当 : 様)
所 在 地	〒
連絡先の電話番号	()
連絡先の FAX 番号	()

採 血 月 日 依 頼 人 数 検 体 数	培養なし	年	月	日	人	検体
	培養終了	年	月	日	人	検体
	へパリンリチウム	年	月	日	人	検体
検体受け渡し場所						

*** 検査申込書・質問票はご記入後、検体回収時に申込書と一緒に提出をお願い致します。**

回収方法

へパリンリチウム採血管（キャップの色が緑色）

1. 採血→搬入 保存方法 2～8℃ QFT : 採血後 48 時間以内に回収

専用採血管（QFT : キャップの色がグレー・緑・黄・紫色）

2. 培養なし 保存方法(17～27℃) 採血後 16 時間以内に回収
3. 培養終了 培養(37℃ 16～24 時間)後、冷蔵保存し、3 日以内に回収
4. 培養終了後遠心 培養(37℃ 16～24 時間)後、遠心分離(2000～3000RCF(g) 15 分間)し、
血漿と血球の分離を確認して保存(2～8℃)し、28 日以内に回収

公益財団法人ちば県民保健予防財団

問い合わせ先 一般検査課 細菌検査室

TEL 043-246-8658 (内 7033)

FAX 043-246-8697

様式 53(11)(2 版 R10501)

申 込 日	令和 年 月 日
団 体 名	(担当 : 様)
所 在 地	〒
連絡先の電話番号	()
連絡先の FAX 番号	()
採 血 日	令和 年 月 日
※採血時間	時頃
依 頼 人 数 検 体 数	人 検体

検体受け渡し場所	
----------	--

【T-スポット検査についての注意事項】

検査受付日 : 月～木(金曜日、祝日前日は受け付けませんのでご了承下さい。)

様式 53(12)(1 版H300601)

インターフェロンγ遊離試験 [QFT 検査・T-スポット検査] 申込書

* 申込書および質問票に必要事項をご記入のうえ、検体提出時に検体と一緒にご提出下さい。

希望検査法		QFT 検査 ・ T-スポット検査 (ご希望の検査法を○で囲んで下さい)
検体受け渡し日		令和 年 月 日
団 体 名 (*1)		(担当 : 様)
所 在 地 (*1)		〒
連絡 先	電話番号	()
	FAX 番号	()

採 血 月 日 依 頼 人 数 検 体 数	QFT	培養なし	年 月 日	人	検体
		培養終了	年 月 日	人	検体
		へパリンリチウム	年 月 日	人	検体
	T-スポット	年 月 日	人	検体	

検 査 結 果 報 告 書	希望受取方法	来所 ・ 郵送 (ご希望の受取方法を○で囲んで下さい)
	郵送の場合の送付先	(上記(*1)と異なる場合は、下欄にご記入下さい)
	宛名	
	住所	〒

支 払 ・ 請 求 書 領 収 書	料金の支払方法	銀行振込 ・ 現金 (いずれかを○で囲んで下さい)
	請求書・領収書宛名および送付先 (上記(*1)と異なる場合は、下欄にご記入下さい)	
	請求書・領収書宛名	
	送付先宛名	
	送付先住所	〒

(必須)

団体名				(必須) 採血実施日	年 月 日	
フリガナ 氏 名			性別	男・女	(必須) 採血時間	時 分
生年月日	大・昭・平・令	年	月	日	歳	

裏面の個人情報の取扱いに同意の上、受診します。
☐ はい ☐ いいえ ☐ 一部不同意
*一部不同意の場合は、裏面の個人情報の取扱いについてで、ご同意いただけない項目番号に○印をつけてください。

(質問事項) あてはまるところを記入、または☑してください。

ID番号

※必須 1. 今回の検査は結核患者と接触したことによるものですか？
☐ いいえ ・ ☐ はい (年 月 日頃)
 その患者の排菌状況 ☐ 知らない・☐ 知っている (ガフキー 号)

※必須 2. 上記【1】が「はい」の方は、どのような理由から本検査を受けることとなりましたか？
 ()

※必須 3. 今回の接触とは別に、2年以内に結核患者と接触したことがありますか？
☐ いいえ ・ ☐ はい (いつ頃 年) ※3ヶ月以内に接触した方は (月 日頃)

「はい」の場合 {

① その結核患者は排菌していましたか？ ⇒ ☐ いいえ・☐ はい・☐ わからない

② 接触時、その結核患者の状況は以下のどれでしたか？
 ⇒ ☐ 入院患者・☐ 外来受診者・☐ 施設入所者・☐ その他 ()

③ 接触時間はどれくらいですか？ ⇒ (時間)

4. 結核の健康診断 (定期健診・接触者健診) の指示を受けたことはありますか？
☐ いいえ ・ ☐ はい

「はい」の場合 {

① 健康診断をうけた 年 月頃
 検査内容 ⇒ ☐ QFT ☐ T-スポット ☐ 胸部レントゲン ☐ その他 ()
 受診結果はどうでしたか？ ☐ 1. 陽性 ☐ 2. 陰性 ☐ 3. 判定保留 ☐ 4. 判定不可

② 指示は受けたが、未受診です。 (指示を受けたのは 年 月頃)

③ 年 月頃受ける予定である。

5. 現在、気になる症状はありますか？
☐ いいえ ・ ☐ はい (咳 痰 微熱が続く 胸の痛み 疲れやすい その他 ())

6. 結核の発病を予防する薬を3～9ヶ月間内服したことがありますか？
☐ いいえ ・ ☐ はい (いつ頃 年)

7. 結核の治療を受けたことがありますか？
☐ いいえ ・ ☐ はい (いつ頃 年)

8. 副腎皮質ホルモン剤等の免疫抑制剤を使用していますか？
☐ いいえ ・ ☐ はい (薬剤名および病名)

9. 現在、治療中または経過観察中の病気がありますか？
☐ いいえ ・ ☐ はい (病名)

10. 上記以外で検査日より2～3日前に服用した薬はありますか？
☐ いいえ ・ ☐ はい (病名)

11. 医療機関にお勤めの方は現在の職種をご記入下さい
 1. 医師・歯科医師 2. 看護師 3. 薬剤師 4. 臨床検査技師 5. 放射線技師
 6. 作業・理学療法士 7. 事務職 8. 介護士(介護助手) 9. その他 ()
 勤続年数 (年 月)

様式 53 (1) (6 版 R70401)