

T-スポット検査 回収申込書

***T-SPOT検査のご予約は、FAXにてお申込み下さい。（※採血時間は必ずご記入下さい）**

申 込 日	平成	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	平成	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	
----------	--

***検査申込書・質問票はご記入後、検体回収時に一緒に提出をお願い致します。**

【T-スポット検査についての注意事項】

採 血 管：へパリン加採血管(7mL)
(へパリンリチウム、へパリンナトリウムいずれも可)
※EDTAを含む採血管は使用不可です。

採 血 量：5mL以上採血して下さい。

採 血 後：18～25℃で保管して下さい。

採血日時 の 記 入：32時間以内の検査開始となりますので、必ず採血日と採血時間の記入をお願いします。

検 査 受 付 日：月～木(金曜日、祝日前日は受付けしませんのでご了承下さい。)

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(12)(1版H300601)

インターフェロンγ遊離試験 [QFT検査・QFT-Plus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・QFT-Plus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	平成	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 または QFT-Plus	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	〒 _____		

インターフェロンγ遊離試験 [QFT検査・T-スポット検査] 質問票

(必須)

団体名			
フリガナ氏名		性別	男・女
生年月日	明・大・昭・平	年	月 日 歳

(必須) 採血実施日	年 月 日
(必須) 採血時間：	時 分

ID番号：

(質問事項) あてはまるところを記入、または○で囲んでください。

1. 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)
2. 現在、服用中の薬はありますか？
II-a. 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)
II-b. 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 (薬剤名および病名)
3. 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 ())
4. 結核の発病を予防する薬を6～9ヶ月間内服したことがありますか？
いいえ ・ はい (昭和・平成 年)
5. 結核の治療を受けたことがありますか？
いいえ ・ はい (昭和・平成 年)
6. 以前、QFT検査あるいはT-スポット検査を受けたことはありますか？
いいえ ・ はい (その時の検査結果： 1. 陽性 2. 陰性 3. 判定保留 4. 判定不可)
7. 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 ヶ月)
- 8. (必須) 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 (平成 年 月 日頃)
その患者の排菌状況 (ガフキー 号)
- 9. (必須) 今回の接触とは別に、5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 (平成 年 月頃)
10. 過去に、結核の接触者として健康診断を受けたことはありますか？
いいえ ・ はい (平成 年 月頃)
検査内容 (ツ反 QFT T-スポット 胸部レントゲン その他)
- 11. (必須) 上記【8】がいいえの方は、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？**
()