

受付 No. :

受付日： 年 月 日

(受託機関記入欄のため、記入不要)

分析依頼情報シート

※ 個人情報保護のため、患者氏名・生年月日などの個人を特定できる情報は記載しないでください。

※ 匿名符号番号と検体ラベルの整合性を必ずご確認ください。

1. 依頼施設情報

施設名	
依頼科（担当部署）	
担当者名	
連絡先（メール）	
連絡先（電話番号）	
返却希望の有無 （容器・残検体など）	※ 返却の場合、返却に要する費用をご負担いただきます。

2. 匿名符号・検体情報

匿名符号番号（必須）					
検体数					
各検体の一覧（必須）	下表に記載してください（検体数が多い場合は適宜修正ください）				
No.	検体番号	検体種 （血清・血漿・全血・尿など）	採取日・ 時刻	検体量 （mL）	保存条件 （冷凍/冷蔵/常温）
1					
2					
3					
4					
5					

3. 分析依頼理由・目的

分析依頼の理由 （複数選択/ 自由記載可）	<input type="checkbox"/> 中毒の原因物質の特定
	<input type="checkbox"/> 服薬（服毒）量の推定
	<input type="checkbox"/> 臨床経過の評価
	<input type="checkbox"/> 死因・寄与因子の探索
	<input type="checkbox"/> 中毒診断補助
	<input type="checkbox"/> 法医学的鑑定（司法案件を含む）

	<input type="checkbox"/> 学術研究 <input type="checkbox"/> その他（ ）
依頼の目的 (任意記載)	(例：患者の意識障害の原因検索、複数薬物中毒の可能性評価、死因推定補助、治療計画 など)

4. 分析依頼事項 (必須)

依頼する分析内容 (チェック+具体的物質名)	<input type="checkbox"/> 定性分析 (スクリーニング) 希望対象物質： (例：抗うつ薬、抗精神病薬、向精神薬、農薬、有機溶剤、アルコール類 など)
	<input type="checkbox"/> 定量分析 希望検査物質：
	<input type="checkbox"/> 医療用薬剤 具体名：
	<input type="checkbox"/> その他の希望分析：
	<input type="checkbox"/> 高 <input type="checkbox"/> 中 <input type="checkbox"/> 低
緊急度	<input type="checkbox"/> 高 <input type="checkbox"/> 中 <input type="checkbox"/> 低
返却の希望 (残検体・結果報告の形式など)	(例) 残検体は破棄してください。結果報告はメール連絡で構いません。

5. 使用 (服用/曝露) が疑われる薬物・毒物一覧 (可能性をすべて記載)

使用可能性のある薬毒物 (患者本人・家族・現場情報から分かる範囲で記載)	(例)：抗うつ薬、抗不安薬、鎮痛薬、感冒薬、抗ヒスタミン薬、抗てんかん薬、睡眠薬、農薬、有機溶剤、アルコール類、違法薬物、その他)
現場情報・所持薬	
処方薬歴 (分かる範囲で記載)	

6. 臨床診断・既往歴

臨床診断名 (疑いを含む)	
既往歴	

(中毒歴・精神科通院歴・代謝性疾患等を含む)	
常用薬 (処方薬・OTC・サプリ等)	

7. 臨床経過 (時系列で可能な範囲)

症状発現時刻	
受診時刻	
採血時刻	
臨床経過 (簡潔に)	(例：昏睡状態で発見→救急搬送→人工呼吸器管理→アシドーシス進行→死亡確認 など)
治療内容	(例：胃洗浄、活性炭、透析、昇圧剤、補液、拮抗薬投与 など)

8. 主な臨床所見・検査値

バイタルサイン (採取前後)	体温：
	血圧：
	脈拍：
	SpO ₂ ：
	呼吸数：
	GCS：
主な検査値 (任意だが有用)	血算：Hb, WBC, Plt
	生化学：AST, ALT, BUN, Cr, CK, Na, K, Cl, CRP, Glu
	血液ガス：pH, pCO ₂ , HCO ₃ ⁻ , Anion gap, Lactate
	尿検査：ケトン体、蛋白、潜血
	血糖、HbA1c
	アルコール迅速検査
	その他：尿中薬物スクリーニング結果など

9. 特記事項・注意事項

感染症の既往	※感染性検体は受領不可の場合があります。
検体の破損・漏洩リスクに関する情報	

その他、分析担当者 への伝達事項	
---------------------	--

10. 担当者署名・記載日

記載日	
署名	