

横浜市立大学附属市民総合医療センター 臨床検査部・輸血部	制定日:2015/10/22 最新改訂日:2015/10/22
検査結果修正依頼書	RE-000-5109
	第1版 Page 1 / 1

平成 年 月 日

臨床検査部 宛

### 検査結果修正依頼書

診療科名 \_\_\_\_\_

部長名 \_\_\_\_\_ 印

依頼者名 \_\_\_\_\_ (MPS \_\_\_\_\_)

患者 ID/名	/
検査オーダー医師名	
/オーダー日時・依頼番号	
オーダー種別	検体検査 ・ 微生物検査 ・ 心電図 ・ エコー ・ ( )
修正の理由	<input type="checkbox"/> 日付または時間の間違い※ <input type="checkbox"/> 患者間違い※ <input type="checkbox"/> その他( )
参照検査結果修正	<input type="checkbox"/> 検査結果にコメントを追記( ) <input type="checkbox"/> 検査結果の削除 <input type="checkbox"/> 検査結果の書き換え※ <input type="checkbox"/> その他( )

※修正間違い防止のため、依頼または結果画面のハードコピーの添付をお願いします。

尚、修正は内容確認後平日日勤帯に行います。

(連絡先 2720)

修正実施日	修正者	医師連絡(結果修正報告)	
		報告日	報告者
/		/	