

検査依頼について

1. 検査依頼方法

臨床検査、生理検査は病院情報システムを用いて検査依頼を実施してください。ただし、依頼が削除または中止された検体、同一バーコードで提出された検体については受け付けることができませんのでご注意ください。詳しい検査依頼方法は「病院情報システム（電子カルテ）操作マニュアル」*1をご参照ください。システム障害時の検査依頼方法については、「2. システム障害時の運用」の項をご参照ください。

*1 病院情報システム端末のイントラ画面より参照可能です。

2. システム障害時の運用について

2.1 システム障害時の運用について

システム障害時の運用については「システム障害時運用マニュアル」*2をご参照ください。「2.2 手書き運用」の項に、手書き運用に切り替えた際の検査依頼用紙記入例や検体に添付する手書きラベルについて記載していますので、そちらもご参照ください。

*2 病院情報システム端末のイントラ画面より参照可能です。

2.2 手書き運用

1) 検査依頼用紙

システム障害により手書き運用に切り替えた際には、検査依頼用紙が必要になります。2.3「検査依頼用紙記入例」を参考に必要項目を記入してください。

2) 手書きラベル

システム障害によりオーダー作成が出来ない、あるいはバーコードラベルが発行できない場合に限り、「患者氏名、患者 ID、診療科あるいは病棟（微生物検査など材料名が必要な場合には材料名）」を記載した手書きラベル（下図参照）を検体容器に添付してください。同内容を検体容器に直接記入しても結構です。ただし、2.2 1)の検査依頼用紙とセットで提出してください。

〈手書きラベル例〉

患者氏名 : ○○ ○○○
ID : 012-3456-78
東△病棟 髄液

2.3 検査依頼用紙記入例

2.3.1 「臨床検査申込票（緊急検査）」（入院用）記入例

必要事項（赤枠内）を記入し、検査材料および依頼検査項目に○を付けてください。

臨床検査申込票（緊急検査）

（病棟控）



患者番号 **012-3456-7**

氏名 **○○○ ○○○○**

生年月日 **19XX年XX月XX日** 男・女 **○**

依頼コメント:

東・西 13階

検査依頼者: **△△△△** 連絡先 **iPhone XXXX (内線 XXXX)**

検査依頼日時: **20XX年 4月 1日 8時30分**

検査受付日時: **20XX年 4月 1日 8時35分**

結果報告先: FAX **XXXX**

依頼項目に○を付けてください。

【生化学検査】 検体材料: **血液** その他

検査項目	検査容器	採血量
Na	分離剤入細緑	3mL
K		
Cl		
UN		
クレアチニン		
Ca		
IP		
Mg		
AST		
ALT		
γ-GT		
ALP		
LD		
CK		
AMY		
LIP		
BIL分画		
AMY アインザイム		
CRP		
TP		
Alb		

検体材料: 血液 その他

検査項目	検査容器	採血量
グルコース	糖・乳酸茶	2mL
乳酸		

検体材料: 血液 その他

検査項目	検査容器	採血量
アンモニア	アンモ細緑	3mL(氷冷)

検体材料: 血液 その他

検査項目	検査容器	採血量
CKMB	心筋マ細緑	3mL
心筋トロポニンI		

【末梢血一般検査】 検体材料: 血液

検査項目	検査容器	採血量
末梢血一般検査	ED2K紫	2mL
血小板数測定		

【止血検査】 検体材料: 血液

検査項目	検査容器	採血量
PT	クエ酸3赤	3mL
APT		
FDP(Dダイマー)		
フィブリノーゲン		
総FDP		
AT-III		

2/7

2.3.2 「臨床検査申込票（緊急検査）」（外来用）記入例

必要事項（赤枠内）を記入し、検査材料および依頼検査項目に○を付けてください。

臨床検査申込票（緊急検査）

（診療科控）

外

患者番号	012-3456-7	氏名	〇〇〇 〇〇〇〇	生年月日	19XX年XX月XX日 男・女	検査依頼者	△△△△ 連絡先 iPhone XXXX (内線 XXXX)		
検査依頼日時	20XX年 4月 1日 8時30分			検査受付日時	20XX年 4月 1日 8時35分			結果報告先	FAX XXXX
依頼コメント									

依頼項目に○を付けてください。

【生化学検査】 検体材料: 血液 その他

検査項目	検査容器	採血量
Na	分離剤入細緑	3mL
K		
Cl		
UN		
クレアチニン		
Ca		
IP		
Mg		
<input checked="" type="radio"/> AST		
<input checked="" type="radio"/> ALT		
<input checked="" type="radio"/> γ-GT		
ALP		
LD		
CK		
AMY		
LIP		
BIL分画		
AMY アイソザイム		
CRP		
<input checked="" type="radio"/> TP		
<input checked="" type="radio"/> Alb		

検体材料: 血液 その他

検査項目	検査容器	採血量
アンモニア	アンモ細緑	3mL(氷冷)

検体材料: 血液 その他

検査項目	検査容器	採血量
<input checked="" type="radio"/> CKMB	心筋マ細緑	3mL
心筋トロポニンI		

【末梢血一般検査】 検体材料: 血液 血液

検査項目	検査容器	採血量
末梢血 一般検査	ED2K紫	2mL
血小板数測定		

【止血検査】 検体材料: 血液 血液

検査項目	検査容器	採血量
PT	クエ酸3赤	3mL
APTT		
FDP(Dダイマー)		
<input checked="" type="radio"/> フィブリノーゲン		
総FDP		
<input checked="" type="radio"/> AT-II		

検査項目	検査容器	採血量
グルコース	糖・乳酸茶	2mL
乳酸		

3/7

2.3.3 「臨床検査申込票（薬物・血液ガス・髄液細胞数・COVID-19）」（入院用）記入例
 必要事項（赤枠内）を記入し、検査材料および依頼検査項目に○を付けてください。

臨床検査申込票（薬物・血液ガス・髄液細胞数・COVID-19）（病棟控）

患者番号 **012-3456-7**

氏名 **○○○ ○○○○**

生年月日 **19XX年XX月XX日** 男・女

依頼コメント:

東・西 13階

検査依頼者: **△△△△** 連絡先 **iPhone XXXX**
(内線 XXXX)

検査依頼日時: **20XX年 4月 1日 8時30分**

検査受付日時: **20XX年 4月 1日 8時35分**

結果報告先: FAX **XXXX**



依頼項目に○を付けてください。

★薬物血中濃度測定の受付時間はAM8:30～AM10:30です。

【薬物血中濃度検査】 検体材料: **血液** その他

検査項目	検査容器	採血量
フェニバルビタール	薬物細緑	3mL
フェニトイン		
バルプロ酸		
カルバマゼピン		
ジゴキシン		
リチウム		
テオフィリン		
バンコマイシン		

検体材料: 血液 その他

検査項目	検査容器	採血量
シクロスポリンA	ED2K黄	2mL
タクロリムス		

検体材料: 血液 その他

検査項目	検査容器	採血量
テイコプラニン	ED2K黄	2mL(氷冷)

【血液ガス】(緊急検査) 検体材料: **血液** その他

検査項目	検査容器	採血量
動脈血ガス分析	注射器	1mL (氷冷)
静脈血ガス分析	注射器	1mL (氷冷)

【COVID-19】(緊急検査) 検体材料: 鼻咽頭

検査項目	検査容器	採血量
有症状者 緊急COVID-19	滅菌T	専用綿棒1本
無症状者 緊急COVID-19	滅菌T	専用綿棒1本

【髄液細胞数】(緊急検査) 検体材料: 髄液

検査項目	検査容器	採取量
髄液細胞数	滅菌短T	1mL

4/7

2.3.4 「臨床検査申込票（薬物・血液ガス・髄液細胞数・COVID-19）」（外来用）記入例
 必要事項（赤枠内）を記入し、検査材料および依頼検査項目に○を付けてください。

臨床検査申込票（薬物・血液ガス・髄液細胞数・COVID-19）（診療科控）

患者番号 **012-3456-7**

氏名 **〇〇〇 〇〇〇〇**

生年月日 **19XX年XX月XX日** 男・女 **女**

依頼コメント:

科 **□□□□** 科

検査依頼者: **△△△△** 連絡先 **iPhone XXXX (内線 XXXX)**

検査依頼日時: **20XX年 4月 1日 8時30分**

検査受付日時: **20XX年 4月 1日 8時35分**

結果報告先: FAX **XXXX**

外

依頼項目に○を付けてください。

★薬物血中濃度測定の受付時間は**AM8:30～AM10:30**です。

【薬物血中濃度検査】 検体材料: **血液** その他

検査項目	検査容器	採血量
フェノバルビタール	薬物細緑	3mL
フェニトイン		
バルプロ酸		
カルバマゼピン		
ジゴキシン		
リチウム		
テオフィリン		
バンコマイシン		

検体材料: 血液 その他

検査項目	検査容器	採血量
シクロスボリンA	ED2K黄	2mL
タクロリムス		

検体材料: **血液** その他

検査項目	検査容器	採血量
テイコプラニ	ED2K黄	2mL(氷冷)

【COVID-19】(緊急検査) 検体材料: 鼻咽頭

検査項目	検査容器	採血量
有症状者緊急COVID-19	滅菌T	専用綿棒1本
無症状者緊急COVID-19	滅菌T	専用綿棒1本

【血液ガス】(緊急検査) 検体材料: **血液** その他

検査項目	検査容器	採血量
動脈血ガス分析	注射器	1mL (氷冷)
静脈血ガス分析	注射器	1mL (氷冷)

【髄液細胞数】(緊急検査) 検体材料: 髄液

検査項目	検査容器	採取量
髄液細胞数	滅菌短T	1mL

2.3.5 「臨床検査申込票（感染微生物）」記入例

必要事項（赤枠内）を記入し、検体および検査項目に○を付けてください。

（依頼元控）

臨床検査申込票(感染微生物)

依頼日時	20XX年 4月 1日 8時 30分	区分	○入院 ・ 外来
患者番号	012-3456-7	病棟	○東 ・ 西 13 階
氏名	○○○ ○○○○	診療科	□□□□科
生年月日	19XX年 XX月 XX日	依頼医師	△△△△
性別	男 ・ ○女	連絡先	電話: PHS XXXX (内線 XXXX) FAX: XXXX

受付日時	20XX年 4月 1日 8時 35分
------	--------------------

【一般細菌検査】

検体に○印をつけてください。

検体	○	血液
		髄液
		穿刺液 ()
		その他 ()

検査項目に○印をつけてください。

検査項目		塗抹検鏡
		培養同定:好気
	○	培養同定:嫌気(好気を含む)
		その他 ()

注意

1. 本申込票はシステム障害などの非常時に、緊急を要する検体(血液など)を対象とした申込票です。
2. 監視培養を目的とする検体(鼻腔内分泌物、糞便など)の提出はできません。
3. 診療報酬およびレセプト書類作成に関係しますので、検体および検査項目の種別を明確にし、穿刺液およびその他に関しては詳しい検体名を明記してください。
4. 1検体につき1枚の申込票が必要です。(血液培養好気・嫌気の場合は、検査項目「培養同定:嫌気(好気を含む)」に○印をつけ本紙1枚)
5. ご不明な点は感染微生物検査室(内6680、PHS176-3005)までお問い合わせください。

【感染症迅速検査】

検査項目に○印をつけてください。

	インフルエンザウイルス抗原検査
検査項目	尿中肺炎球菌荚膜抗原検査
	尿中レジオネラ抗原検査

注意	・ 本紙1枚で感染症迅速検査の同時依頼(8:30~17:15)は可能です。
-----------	---------------------------------------

大阪大学医学部附属病院 臨床検査部

2.3.6 「臨床検査申込票（感染免疫）」記入例

必要事項（赤枠内）を記入し、依頼検査項目に○を付けてください。

臨床検査申込票（感染免疫）				（依頼元控）
依頼日時	20xx年4月1日8時30分	区分	入院・外来	
患者番号	012-3457-7	病棟	東・西 13階	
シメイ	○○○ ○○○○	診療科	○○科	
生年月日	19xx年xx月xx日	依頼医師	△△△ △△△△	
性別	女	受付日時	20xx年4月1日8時35分	
依頼コメント		連絡先	電話 PHS xxxx（内線xxxx）	
			FAX xxxx	

受付時間：8：30～11：30
 対象検体：緊急を要する患者検体
 測定方法：日常検査方法と異なる場合があります。
 依頼方法：必要な検査項目のチェック欄に○印をつけて下さい。

緊急対応検査項目（採血容器：分離剤入り緑、採血量＝3mL＋（0.5mL×項目数））

チェック	検査項目	報告結果	基準値
○	HBs抗原	IU/mL	(-)：0.005ミマン
○	HCV抗体	S/CO	(-)：1.0ミマン
	HIVスクリーニング(Sc)	S/CO	(-)：1.0ミマン
	HTLVスクリーニング(Sc)	S/CO	(-)：1.0ミマン
○	梅毒RPR定性		(-)
	梅毒TP抗体定性		(-)
	HBs抗体	mIU/mL	(-)：2.0ミマン
	HBc抗体	S/CO	(-)：1.0ミマン
	HBc-IgM抗体	S/CO	(-)：1.0ミマン
	HAV-IgM抗体	S/CO	(-)：0.8ミマン

緊急対応検査項目（採血容器：分離剤入り細緑、採血量＝3mL）

チェック	検査項目	報告結果	基準値
	プロカルシトニン	ng/mL	0.50ミマン

大阪大学医学部附属病院 臨床検査部

検査に関する問い合わせ先：内線6676、PHS176-3006