

検査結果報告

(検査結果のコピーを添付して下さい)

患者様氏名 ()

検査項目	検査年月日	結果
子宮頸がん検査		()
ABO血液型		()
Rh血液型		+ -
HBs抗原		+ -
HCV抗体		+ -
不規則抗体		+ -
風疹抗体		()
梅毒		+ -
HIV		()
クラミジア抗原		()
HTLV- I		()
医療機関	〒 -	TEL - -