

移送検体・患者情報記入用紙（精子）

\_\_\_\_\_ 様 御担当者様名 \_\_\_\_\_

以下に、患者情報・検体情報のご記入をお願いいたします。 御電話番号 \_\_\_\_\_

患者氏名(カナ) : 妻 \_\_\_\_\_ 夫 \_\_\_\_\_

貴院患者識別番号 : 妻 \_\_\_\_\_ 夫 \_\_\_\_\_

凍結液【 \_\_\_\_\_ 】 凍結容器【 \_\_\_\_\_ 】

貴院での精子融解方法・融解時注意点など

【 \_\_\_\_\_ 】

ケーン No.				
検体 No.				
凍結年月日	年 月 日	年 月 日	年 月 日	年 月 日
精子調整後所見	液量 ml	液量 ml	液量 ml	液量 ml
	濃度 × 10 <sup>6</sup> /ml			
	運動率 %	運動率 %	運動率 %	運動率 %
	高速運動率 %	高速運動率 %	高速運動率 %	高速運動率 %

ケーン No.				
検体 No.				
凍結年月日	年 月 日	年 月 日	年 月 日	年 月 日
精子調整後所見	液量 ml	液量 ml	液量 ml	液量 ml
	濃度 × 10 <sup>6</sup> /ml			
	運動率 %	運動率 %	運動率 %	運動率 %
	高速運動率 %	高速運動率 %	高速運動率 %	高速運動率 %

移送検体数  本



東京都渋谷区千駄ヶ谷 5-8-10

代表 TEL 03-3356-4211