

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 $\times 10^6/\text{ml}$	濃度 $\times 10^6/\text{ml}$	濃度 $\times 10^6/\text{ml}$	濃度 $\times 10^6/\text{ml}$
	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 $\times 10^6/\text{ml}$	濃度 $\times 10^6/\text{ml}$	濃度 $\times 10^6/\text{ml}$	濃度 $\times 10^6/\text{ml}$
	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

 はらメディカルクリニック

東京都渋谷区千駄ヶ谷 5-8-10

代表 TEL 03-3356-4211