

検査結果報告書

平成 年 月 日

紹介先：JA 広島総合病院産婦人科

紹介元医療機関

住 所

医療機関名

医師氏名

電話番号

FAX 番号

患者氏名： _____ 様 _____ 歳

分娩予定日： _____ 年 _____ 月 _____ 日

《 検査結果 》

	検査日	検査結果
血液型		ABO 型 Rh()
不規則抗体		
梅毒血清反応		
HBs 抗原		
HCV 抗体		
ATLA (HTLV-1 抗体)		
HIV 抗体		
トキソプラズマ		
BS		
風疹ウイルス抗体		
細胞診		
クラミジア抗原		
GBS		
その他		