

病院名

受診者名 **SAMPLE** 様

年齢 性別 カルテNo.

提出医
科名
院内区分

受付番号 採取日 年 月 日 受付日 年 月 日 報告日 年 月 日

〔C型肝炎ウイルス検査〕

検査項目		報告値
HCV抗体	結果	基準値：陰性
	測定値	
	力価	
HCV核酸増幅検査		
HCV-RNA		

HCV判定結果⇒右表の に該当します

〔B型肝炎ウイルス検査〕

HBs抗原	
-------	--

