※必要事項を記入してください。

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 妊娠検査（尿）結果報告書治験番号：　　　　　※　　　 治験課題名： 　　　　　　　　　　　　　※　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　治験依頼者： 　　　　　　　　　　　　　※

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 科名 |  | ID |   |
| 検査日 | 年　 月　 日 | 氏名 |  |
| 外来・入院 | 入院　　・　　外来 |
| 妊娠検査**(ゴナスティック25)**臨床検査部推奨医薬品 | □陰性　　　　　　　　　　□陽性 |
| 備考 |  |

検査結果判定技師サイン　　　　　　　　　　返却ボックスに返却してください。 |