※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。 |