様式3（インフルエンザ患者検体検査用）

第　　号
（元号）　年　月　日

保健環境科学研究所長　様
薬事衛生課長　様

○○保健所長

行政検査依頼書

下記のとおり検査をお願いします。

件名	インフルエンザ患者発生（疑い患者を含む）に係る検査					
検査項目	ウイルス検査	□ 遺伝子検査 □ ウイルス培養検査 □ その他（　　）				
検体番号	氏　名	検体種類	年齢	採取年月日	発病日	特記事項 （投薬有無・投薬期間等）

患者発生状況：