

先天性代謝異常症スクリーニング検査依頼にあたって

1. 依頼試料採取

尿（早朝一回尿あるいは随時尿、症状発作時の尿よい）を2～5ml

2. 試料の保存

採尿後24時間内に-20℃以下で凍結し、依頼まで凍結保存

3. 依頼書記入

指定された依頼書に依頼事項を記入する

4. 検査料金と支払い

検査料金は ¥15,000 円/1 検査（税別）

下記銀行口座に検査費用を振込

取引銀行：北国銀行 栗田支店
普通： 153386
名義：ミルスインターナショナル

5. 試料送付

依頼書と振込済用紙の控え及び凍結した尿試料をクール宅急便で下記住所までお送りください。

土・日・祝日の到着を避けるようご注意願います。

ミルスインターナショナル横浜ラボラトリ
〒222-0033
神奈川県横浜市港北区新横浜2-2-3-806
電話：045-548-5580

6. 結果報告

試料到着後3日以内メール又は郵便で結果報告書をお返します

結果に対する問合せは下記までお願いします。

ミルスインターナショナル（登録衛生検査所 横浜市第8041号）

〒222-0033 横浜市港北区新横浜2-2-3 第一竹生ビル806号

メール：mils@mils-int.jp

電話：045-548-5580