

Test Requisition Form

Not available in New York State

Test Information 測試資料

Sample Collection Date 樣本收集日期

Y Y Y Y / M M / D D
年 月 日

Urine Profile 尿液測試

- Environmental Pollutants Profile**
環境污染物測試
- Urinary Metabolic Profile**
有機酸代謝分析

Antibody Assessment 抗體測試

Food Panel 食物種類:

- Asian 亞洲區 Standard 歐美區 Vegetarian 素食 Japanese 日本區

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Food (IgG)
食物 (延遲) | <input type="checkbox"/> Food (IgA)
食物 (延遲: A 抗體) Add-on item 附加項目 |
| <input type="checkbox"/> Food (IgE + IgG)
食物 (即時 + 延遲) | <input type="checkbox"/> Inhalant (IgG) #
吸入物質 (延遲) |
| <input type="checkbox"/> Food (IgE + IgG) & Inhalants (IgG)
食物 (即時 + 延遲) 及吸入物質 (延遲) | <input type="checkbox"/> Candida Screening #
念珠菌測試 |
| <input type="checkbox"/> Food (IgE + IgG) & Inhalants (IgE + IgG)
食物 (即時 + 延遲) 及吸入物質 (即時 + 延遲) | <input type="checkbox"/> Celiac Screening #
乳糜瀉測試 |

*Please turn over for blood sample requirement 請參閱後頁有關樣本要求 # Food panel is not applicable 不需選擇食物種類

Remarks 備註

- Report in Chinese**
中文報告
- Others, please specify:**
其他, 請註明

Personal Information 個人資料

Items with * are compulsory 以*標示的欄目為必填資料

* Name in block letters:

* 英文姓名
(請用正楷填寫)

Surname (姓) First Name (名)

Mailing Address:

郵寄地址

Identity Card No.:

身份證號碼

* Contact Tel. No.:

* 聯絡電話 (852) _____ - _____

* Gender:

* 性別 M / F

Age:

年齡

* Date of Birth:

* 出生日期 Y Y Y Y / M M / D D
年 月 日

* Email Address:

* 電郵地址

Please describe your symptoms: (Optional, for research purpose)

請形容閣下的徵狀

For Lab Use Only

Consumer Panel:

- ___ *Strip(s)/ serum received
- ___ 96 *Asian/ Standard Foods
- ___ 96 Vegetarian Foods
- ___ 24 Herbs + 24 Spices
- ___ 64 Inhalants IgE
- ___ 16 Inhalants IgG
- ___ Environmental Pollutants
- ___ Urinary Metabolic
- ___ Candida
- ___ Celiac

Proper Collection?

___ Yes ___ No

Remarks:

Clinic Information 診所資料

Clinic Stamp 診所印章

Doctor 醫生

