



株式会社リプロセル 臨床検査室
 〒222-0033 横浜市港北区新横浜3-8-11 KDX新横浜381ビル8F
 Tel:045-475-3887 Fax:045-474-1006

検査発注書

施設・病院名		科名	
担当医名	先生		
電話番号		FAX番号	
検体採取日時	年 月 日	(AM, PM)	時 分
検査希望日	年 月 日		

御希望の検査にチェック(レ)を御願ひ致します。

検査項目 検体量

Multi Dimensional Flowcytometry	
<input type="checkbox"/> Multi Dimensional Flowcytometry	骨髓1mL(ヘパリン)+10%FCS含有RPMI1640 1mL

患者情報(可能な限りご記入ください)

検体標識	(患者ID・カルテNO等)	氏名(カナ)		
生年月日(西暦)	年 月 日 (歳)	性別	男 ・ 女	
検体	骨髓血(腸骨 右・左)	骨髓 (胸骨)	末梢血	
診断名	<input type="checkbox"/> AML	<input type="checkbox"/> B-ALL	<input type="checkbox"/> B-Lymphoma	
	<input type="checkbox"/> CML	<input type="checkbox"/> B-CLL	<input type="checkbox"/> Myeloma	
	<input type="checkbox"/> MDS	<input type="checkbox"/> T-Lymphoma		
臨床段階	<input type="checkbox"/> 初診	<input type="checkbox"/> 寛解導入療法	<input type="checkbox"/> 地固め療法	
	<input type="checkbox"/> 移植前検査	<input type="checkbox"/> 移植後検査	<input type="checkbox"/> 経過観察	
移植	BMT ・ CBSCT ・ PBSCT			
	最終移植日 ()			
・投与薬剤 ・臨床症状 ・その他				
弊社使用欄	Total Lymph	%	Abnormal Cell	%
	Mono	%		
	Myelo	%		
	Total Blast	%		
	Lymph Blast	%		
	Myelo Blast	%		

※患者様、提供者様を識別、確認するためにID番号を必ず採血管にご記入下さい。

※予約検査:ご出検には必ずご連絡下さい。検査可能日:火曜～土曜日 (祝日は除く)