



株式会社リプロセル 臨床検査室
 〒222-0033 神奈川県横浜市港北区新横浜3-8-11 KDX新横浜381ビル 8階
 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 ころ

御希望の検査にチェック(レ)を御願い致します。

検査項目	検体量
HLAアレルタイピング(PCR-rSSO法)	
<input type="checkbox"/> HLA-A、B、DRB1 セット <input type="checkbox"/> HLA-A、B、C、DRB1 セット <input type="checkbox"/> HLA-A <input type="checkbox"/> HLA-B <input type="checkbox"/> HLA-C <input type="checkbox"/> HLA-DRB1	全血(EDTA管) 2mL
血清対応型HLAタイピング(PCR-rSSO法)	
<input type="checkbox"/> HLA-A、B、DRB1 セット <input type="checkbox"/> HLA-A、B、C、DRB1 セット <input type="checkbox"/> HLA-A <input type="checkbox"/> HLA-B <input type="checkbox"/> HLA-C <input type="checkbox"/> HLA-DRB1 <input type="checkbox"/> HLA-DQA1/DQB1	全血(EDTA管) 2mL
フローサイトクロスマッチ検査 (FCXM)	
<input type="checkbox"/> T cell & B cell	Recipient(患者) 全血(プレーン管) 2mL Donor(提供者) 全血(ヘパリンNa管 又は EDTA管) 10mL
ICFAクロスマッチ検査	
<input type="checkbox"/> HLA-Class I	Recipient(患者) 全血(プレーン管) 2mL Donor(提供者) 全血(ヘパリンNa管 又は EDTA管) 2mL
抗HLA抗体スクリーニング検査(FlowPRA法)	
<input type="checkbox"/> HLA-Class I & II セット <input type="checkbox"/> HLA-Class I <input type="checkbox"/> HLA-Class II	血清 1mL 又は 全血(プレーン管) 2mL
抗HLA抗体シングル抗原同定検査(LABScreen法)	
<input type="checkbox"/> HLA-Class I <input type="checkbox"/> HLA-Class II	血清 1mL 又は 全血(プレーン管) 2mL
MICA抗体検査(LABScreen法)	
<input type="checkbox"/> MICA検査	血清 1mL 又は 全血(プレーン管) 2mL

患者情報

Recipient 検体標識(ID等)		性別	男 ・ 女	年齢	歳
臨床診断名		人種	日本人 ・ 日本人(直系尊属に外国人含) ・ 外国人		
リキサン(リキシマフ)投与	有 (最終投与日 年 月 日) ・ 無	投与薬剤名			
妊娠歴	有 ()回 ・ 無 ・ 不明	← FCXM検査では偽陽性反応をしますので必ずご記入ください。			
移植歴(予定含む)	① 年 月 日	輸血歴	有 ()回 ・ 無 ・ 不明		
	② 年 月 日		③ 年 月 日		
Donor 検体標識(ID等)	(Recipient との続柄)	性別	男 ・ 女	年齢	歳
		人種	日本人 ・ 日本人(直系尊属に外国人含) ・ 外国人		

HLA情報

HLA情報	HLA-A	HLA-B	HLA-C	DRB1	DQB1
Recipient					
Donor ①					
Donor ②					
Donor ③					

その他特記事項 (履歴など含む)

※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。(FAX可) 検査可能日:火~土曜日(祝日は除く)