



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 メットライフ新横浜ビル8階
Tel:045-475-3882 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 ごろ

御希望の検査にチェック(レ)を御願致します。

IMMUCOR社 抗HLA抗体試薬 (LIFECODES®)	検体量
抗HLA抗体スクリーニング検査 (LIFECODES® ,Class I & II)	

- HLA-Class I & II 血清 1mL 又は 全血(プレーン管) 2mL

抗HLA抗体シングル同定検査 (LIFECODES®,Class I or II)	
<input type="checkbox"/> HLA Class I	血清 1mL 又は 全血(プレーン管) 2mL
<input type="checkbox"/> HLA Class II	

One Lambda社 抗HLA抗体試薬 (FlowPRA,LABScreen)	
抗HLA抗体スクリーニング検査 (FlowPRA,Class I & II)	

- HLA-Class I & II 血清 1mL 又は 全血(プレーン管) 2mL

抗HLA抗体シングル同定検査 (LABScreen,Class I or II) ・ MICA抗体検査 (LABScreen,MICA)	
<input type="checkbox"/> HLA Class I <input type="checkbox"/> MICA検査	血清 1mL 又は 全血(プレーン管) 2mL
<input type="checkbox"/> HLA Class II	

その他	
フローサイトクロスマッチ検査 (FCXM)	

- T cell & B cell Recipient (患者) 全血(プレーン管) 2mL
Donor (提供者) 全血(ヘパリン管)10mL 又は 全血(EDTA管) 7mL

HLAタイピング検査 (PCR-rSSO法)	
<input type="checkbox"/> HLA-A、B、DRB1セット <input type="checkbox"/> HLA-A、B、C、DRB1セット	全血(EDTA管) 2mL
<input type="checkbox"/> HLA-A、B、DRB1、DQB1セット <input type="checkbox"/> HLA-A、B、C、DRB1、DQB1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-DQB1 <input type="checkbox"/> HLA-DPB1	

C1q-抗HLA抗体検査 (LABScreen,Class I or II)	
<input type="checkbox"/> C1q-HLA Class I	血清 1mL 又は 全血(プレーン管) 2mL
<input type="checkbox"/> C1q-HLA Class II	

Recipient (患者) ・ Donor ① ・ Donor ② 情報			
Recipient 検体標識 (ID) ・ 患者名等	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(リキシマブ) 投与	有 (最終投与日 年 月 日) ・ 無	← 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。	
Thymoglobuline 投与	有 (最終投与日 年 月 日) ・ 無	←	
妊娠歴	有 () 回 ・ 無 ・ 不明	輸血歴	有 () 回 ・ 無 ・ 不明
移植歴 (予定含む)	① 年 月 日	② 年 月 日	③ 年 月 日
Donor ① 検体標識 (ID) ・ 患者名等	性別	男 ・ 女	年齢 歳
(Recipient との続柄)	人種	日本人 ・ 日本人(直系尊属に外国人含) ・ 外国人	
Donor ② 検体標識 (ID) ・ 患者名等	性別	男 ・ 女	年齢 歳
(Recipient との続柄)	人種	日本人 ・ 日本人(直系尊属に外国人含) ・ 外国人	

HLA情報	HLA-A	HLA-B	HLA-C	DR	DQ
Recipient					
Donor ①					
Donor ②					

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)