



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)を御願い致します。

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

<input type="checkbox"/> HLA-Class I & II	血清 1mL 又は 全血(プレーン管) 2mL
---	----------------------------

<b>抗HLA抗体シングル同定検査(LIFECODES®,Class I or II)</b>	
<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
<input type="checkbox"/> HLA Class I & II set	

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

<input type="checkbox"/> HLA-Class I & II	血清 1mL 又は 全血(プレーン管) 2mL
---	----------------------------

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

<b>その他</b>	
<b>フローサイトクロスマッチ検査 (FCXM)</b>	

<input type="checkbox"/> T cell & B cell	Recipient (患者)	全血(プレーン管) 2mL
	Donor (提供者)	全血(ヘパリン管)10mL 又は 全血(EDTA管) 7mL

<b>HLAタイピング検査(PCR-rSSO法)</b>	
<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	

<b>C1q-抗HLA抗体検査(LABScreen,Class I or II)</b>	
<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	

<b>Recipient (患者) ・ Donor ① ・ Donor ② 情報</b>					
Recipient 検体標識(ID)・患者名等		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		
臨床診断名		投与薬剤名			
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	(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		
Donor ② 検体標識(ID)・患者名等	(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-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)