



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 秒

御希望の検査にチェック(レ)を御願致します。

**One Lambda社 抗HLA抗体試薬 (FlowPRA,LABSGreen)**

**抗HLA抗体スクリーニング検査(FlowPRA,Class I & II)**

FlowPRA Class I & II (RCCE007)

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)**

LABScreen Class I (RCCE013)       LABScreen Class I, II (RCCE045)  
 LABScreen Class II (RCCE014)       LABScreen MICA (RCCE023)

血清 1mL 又は  
全血(プレーン管) 2mL

**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® LifeScreen Deluxe Kit , Class I & II )**

LMX Class I & II (RCCE032)

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® LSA , Class I or II)**

LSA Class I (RCCE033)       LSA Class I, II (RCCE046)  
 LSA Class II (RCCE034)

血清 1mL 又は  
全血(プレーン管) 2mL

**その他**

**フローサイトクロスマッチ検査 (FCXM)**

T cell & B cell (RCCE021)

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)**

HLA-A、B、DRB1セット (RCCE041)  
 HLA-A、B、DRB1、DQB1セット (RCCE043)       HLA-A、B、C、DRB1、DQB1セット (RCCE044)  
 HLA-A       HLA-B       HLA-C  
 HLA-DRB1       HLA-DQB1       HLA-DPB1

全血(EDTA管) 2mL

**C1q-抗HLA抗体検査(LABScreen,Class I or II)**

C1q-HLA Class I (RCCE030)  
 C1q-HLA Class II (RCCE031)

血清 1mL 又は  
全血(プレーン管) 2mL

**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
	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	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	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)