

予約検査:ご出検には必ずご連絡下さい。
受託可能日:月～金(休日・祝祭日は不可)

管理番号(弊社記入)



株式会社リプロセル 検査発注書

病院名	様	担当医名	先生
連絡先	電話番号	FAX番号	
科名	内・1内・2内・3内・4内・外・1外・2外・脳・胸・整・児 婦・耳・泌・呼・血液内科・化療・感染・輸血・その他()		
検査希望日	年 月 日	検体採取日時	年 月 日(午前・午後) 時 分
患者	性別	男・女	年齢 歳
	検体標識	(患者ID・カルテNo等)	

御希望の検査にチェックを御願いたします。

抗HLA抗体検査(スクリーニング検査)			
レ	検査項目		検体量
<input type="checkbox"/>	HLA-Class I 抗原		血清 1mL (全血 2mL)
<input type="checkbox"/>	HLA-Class II 抗原		
<input type="checkbox"/>	HLA-Class I & II 抗原		
抗HLA抗体検査(シングル検査)			
レ	検査項目		検体量
<input type="checkbox"/>	HLA-Class I 特定抗原検査	抗原名()	血清 1mL (全血 2mL)
<input type="checkbox"/>	HLA-Class II 特定抗原検査	抗原名()	
<input type="checkbox"/>	フローサイトクロスマッチ検査		検体量
	Recipient(患者)		全血(プレーン管) 2mL
	Donor(提供者)	ID・カルテNo等:	全血(ヘパリンNa管) 10mL

※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。

患者情報(可能な限り御記入下さい)

臨床診断名		投与薬剤名	
履歴			
妊娠歴	有()回・無	輸血歴	有()回・無
移植実施日	年 月 日	移植予定日	年 月 日
HLA			
Recipient	HLA-A(,)	HLA-B(,)	HLA-DR(,)
Donor	HLA-A(,)	HLA-B(,)	HLA-DR(,)
その他特記事項			



株式会社リプロセル 臨床検査室
〒108-0071 東京都港区白金台3-16-13 白金台ウスイビル7F
Tel:03-5488-7077 Fax:03-5488-0021