

予約検査:ご出検には必ずご連絡下さい。

管理番号(弊社記入)

受託可能日:月～金(休日・祝祭日は不可)



HLA検査発注書 株式会社リプロセル

該当箇所に○印、又はご記入お願い致します。

病院名	様	担当医名	先生
連絡先	電話番号	FAX番号	
科名	科		
検査希望日	年	月	日
		検体採取日時	年 月 日 時

検体標識	(患者ID・カルテNO等)		
性別	男 ・ 女	年齢	歳
検査目的	移植(腎臓、骨髄、臍帯血、その他_____)、その他(Recipient、 Donor (Recipientとの続柄 _____))		
人種	日本人、他(_____)		
末梢血白血球数	/ μL	年	月 日
特記事項			

御希望の検査項目にチェックをお願い致します。

セット項目		
HLAタイピング Class I & Class II		
レ	検査項目	検体量
<input type="checkbox"/>	HLA-A、B、DRB1	EDTA全血 2mL

単項目		
HLAタイピング Class I		
レ	検査項目	検体量
<input type="checkbox"/>	HLA-A Locus	EDTA全血 2mL
<input type="checkbox"/>	HLA-B Locus	
<input type="checkbox"/>	HLA-C Locus	
HLAタイピング Class II		
レ	検査項目	検体量
<input type="checkbox"/>	HLA-DRB1	EDTA全血 2mL
<input type="checkbox"/>	HLA-DQB1	



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