

抗体検査発注書

検査方法			
スクリーニング		特異性同定検査	
<input checked="" type="checkbox"/>	LS Mix (One Lambda) & LMX (LIFE CODES)	<input checked="" type="checkbox"/>	LS Single I (One Lambda)
<input type="checkbox"/>	LS PRA Class I (One Lambda)	<input checked="" type="checkbox"/>	LS Single II (One Lambda)
<input type="checkbox"/>	LS PRA Class II (One Lambda)		

↑検査方法を選択して下さい

↑検査方法を選択して下さい

患者情報		ドナー情報	
検体名 (患者氏名)		ドナー氏名	
検体の名前、番号等、匿名化したID		検体の名前、番号等、匿名化したID	
採血日	感作歴	患者との続柄	
採血した日	移植歴や妊娠歴	母、兄、妻など	
検査目的 (造血、臓器等)			
腎移植、造血幹細胞移植など			
遺伝子座	患者	ドナー	
HLA-A	タイピング結果を分かる範囲で ご記入下さい		タイピング結果を分かる範囲で ご記入下さい
HLA-B			
HLA-C	例 C*01:02:01:01	C*03:04:01	C*01:02:01:01 -
HLA-DRB1	DRB1*15:02	-	DRB1*04:05 DRB1*15:01
HLA-DRB3,4,5			
HLA-DQA1			
HLA-DQB1	DQB1*05:01	-	DQB1*04:01 DQB1*06:02
HLA-DPA1			
HLA-DPB1			

* タイピング結果を分かる範囲でご記入ください。

* 検体が複数になる場合は別紙にご記入ください。

検体の種類
血清

* 血漿の場合はご相談ください。

送付日	到着予定日
検体の発送日	弊社への到着日

発注元	
機関名	ご依頼される機関名
ご担当者	お申込みご担当者様のご氏名
ご住所	ご依頼される機関の住所
電話/FAX	ご依頼される機関の電話番号、FAX番号
Mail	ご担当者様のEmailアドレス
報告先	
機関名	※発注元と異なる場合のみ記載
ご担当者	
ご住所	
電話/FAX	
Mail	

* 報告先が発注元と異なる場合はご記入ください。

運送機関			
<input checked="" type="checkbox"/>	ヤマト運輸	<input type="checkbox"/>	ゆうパック
<input type="checkbox"/>	佐川急便	<input type="checkbox"/>	レターパック
<input type="checkbox"/>	西濃	<input type="checkbox"/>	その他
伝票番号	-	-	-

* 伝票番号は到着予定日に届かない場合の荷物の追跡に必要です。

備考
結果をお急ぎの場合など、お申し送り事項がある場合は必ずご記入下さい

ジェノダイブファーマ株式会社

〒243-0003

神奈川県厚木市寿町3-1-1 ルリエ本厚木9階

TEL: 046-240-7513 FAX: 046-240-7593

E-mail: hla@genodive.co.jp 宛

