検体到着日の前日までに送付ください。

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	
☑	LS Mix (One Lambda) & LMX (LIFE CODES)	☑	LS Single Ⅰ (One Lambda)
☐	LS PRA Class Ⅰ (One Lambda)	☑	LS Single Ⅱ (One Lambda)
☐	LS PRA Class Ⅱ (One Lambda)		

↑検査方法を選択してください　↑検査方法を選択してください

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
採取した日	移植歴や妊娠歴	
検査目的（造血、臓器等）		

遺伝子座	患者		ドナー	
HLA-A	A*02:06	A*11:01	A*11:01:01:01	A*24:02:01:01
HLA-B	B*51:01	B*55:02	B*46:01:01:01	B*55:02:01:04
HLA-C			C*01:02:01:01	–
HLA-DRB1	DRB1*09:01	DRB1*14:05	DRB1*08:03:02	DRB1*09:01:02
HLA-DRB3,4,5				
HLA-DQA1				
HLA-DQB1			DQB1*03:03:02	DQB1*06:01
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。　↑タイピング結果を分かる範囲で

＊検体が複数になる場合は別紙にご記入ください。　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。

ジェノダイブファーマ株式会社

〒243-0018

神奈川県厚木市中町4-14-1　サクセス本厚木ビル７階

TEL: 046-240-7513　FAX: 046-240-7593

E-mail: hla@genodive.co.jp　宛

医療関係者用

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
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			
☑	ヤマト運輸	☐	ゆうパック
☐	佐川急便	☐	レターパック
☐	西濃	☐	その他（　　）
伝票番号	お荷物発送時の問い合わせ番号		

＊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ください

検体の保管期間

検査終了後の検体は、一定期間(１年間)保管させていただきます。

当社とのご契約時、保管・返却等について取り決めのある場合は、その内容に即し対応いたします。

保管期間を超過した検査終了後検体の精度管理目的等への利用について

保管期間を経過した検査終了後検体は、個人情報が特定されない状態に検体情報を加工した後、
当社の精度管理の目的等に使用することがあります。
塩基配列やHLAタイプ等そのものが個人識別符号である場合は、個人識別性を排除しないまま精度管理に利用しますが、
厳重に取り扱い、個人情報の保護に努めます。

当社が精度管理等に検体を使用することを希望されない場合は、備考に記載をお願いいたします。