

お知らせ

INFORMATION



No.2020-09
2020年4月
病体生理研究所

『細胞性免疫・HLA検査』依頼書の変更について

拝啓 時下ますますご清栄のこととお慶び申し上げます。

平素は当研究所をご利用いただきまして誠に有り難うございます。

この度、『細胞性免疫・HLA検査』専用依頼書の変更をさせて頂く事になりましたので
ご案内いたします。

何卒ご了解賜りますようお願い申し上げます。

敬具

記

【変更となる依頼書】

◆ 『細胞性免疫・HLA 検査依頼書』(5枚複写)

- ※ 裏面見本参照。
- ※ 次回ご注文時より順次お届けいたします。

新版「細胞性免疫・HLA 検査依頼書」

細胞性免疫・HLA検査依頼書

カルテNo. _____

(カタカナ) 氏名 _____

生年月日 _____

その他No. _____

科名/病棟 _____

Dr ID _____ 提出医 (カタカナ) _____

【ご注意】 ●全て予約検査です。受付は月～金曜日の到着まで可能です。
(但し、祝祭日の到着は受付できません)
●各種専用容器でご提出下さい。保存、輸送方法はそれぞれ、室温、冷蔵を参照して下さい。

科名	依頼 月 日	原簿コード	病体提出用①
入院・外来	男・女	院番名	
病棟	採取 月 日	材料	
	採取 時 分	血液	
	採取 時刻	血清	
		リンパ液	
		骨髄液	
		その他	
		コメント	

白血球関連

15200 白血球・リンパ球解析検査(LLA) CD45ゲーティング
ヘパリン血液② 3ml 骨髄液③ 1ml

15201 悪性リンパ球解析検査(MLA) CD45ゲーティング
ヘパリン血液② 3ml

17038 CD38 マルチ解析(多発性骨髄腫解析検査)
骨髄液③ 1ml

フローサイトメトリー

11626 Tecl⁺ Bcell⁺ (二重染色)
ヘパリン血液② 3ml

17009 IgG FcR⁺ Tecl⁺ (Tr)
ヘパリン血液② 1ml

リンパ球 サブセット 検査

11930 CD1 12114 CD19
 11952 CD2 12112 CD20
 11928 CD3 12113 CD21
 11929 CD4* CD22
 11949 CD8* 13147 CD25
 12121 CD5 15077 CD30
 12888 CD7 12119 CD33
 12122 CD10 15084 CD34
 12115 CD11b 11951 CD38
 12118 CD13 12807 CD56
 12116 CD14 12110 CD57
 12111 CD16 11954 HLA-DR
*「CD4+CD8」の同時依頼は「CD4/CD8比」も同時にご報告致します。
ヘパリン血液② 3ml・10項目以上 3ml

12101 SmIg-total 12105 SmIg-IgG
 12102 Sm-IgA 12106 Sm-IgM
 12103 SmIg-IgA 12107 SmIg-IgM
 12104 SmIg-IgM
ヘパリン血液② 1ml・3項目以上 3ml

二重染色

15125 CD4/CD45RA
 15128 CD4/CD29
 CD11b/CD8
 HLA-DR/CD4
 HLA-DR/CD8
 15131 CD57/CD16
 14745 CD16/CD56
 HLA-DR/CD3
 CD4/CD25
 CD45RO/CD4
 12155 CD4/CD8
 13375 CD20/CD5
ヘパリン血液② 3ml・10項目以上 3ml

任意 Twocolor 解析

FITC染色群及びPE染色群より抗体を一つずつ選択してご記入下さい。
(FITC染色群) (PE染色群)

1 _____ / 1 _____
2 _____ / 2 _____
3 _____ / 3 _____
4 _____ / 4 _____
ヘパリン血液② 各3ml

任意 Singlecolor 解析

先生のお手持ちの抗体(単独、顆粒凝集、各リンパ球、サブセット等)に対する抗体、マウスIgG、マウスIgM、フィッシュGのものに対して、フローサイトメーターにより測定を行います。抗体(血液等)と一緒に併送下さい。
ヘパリン血液②各3ml

リンパ球幼若化検査

15183 PHA
 15187 ConA
ヘパリン血液② 各5ml

薬剤によるリンパ球刺激試験(LST)

一回の投与量の薬剤と検体を同時に提出して下さい。
必ず優先順にご記入下さい。

11634 LST1薬剤
 11635 LST2薬剤
 11636 LST3薬剤
 11637 LST4薬剤
 LST 薬剤
ヘパリン血液② 1薬剤9ml
2薬剤以上は1薬剤ごとに5ml加算

(薬剤名) (1回投与量)

1 _____ / _____
2 _____ / _____
3 _____ / _____
4 _____ / _____
5 _____ / _____

組織適合試験(HLA)

14603 HLA-A, B (血清型)
 14608 HLA-DR (血清型)
 12735 HLA-A (遺伝子型)
 12736 HLA-B (遺伝子型)
 12737 HLA-C (遺伝子型)
 14404 HLA-DREB1 (遺伝子型)
 14803 HLA-DQA1 (遺伝子型)
 14405 HLA-DQB1 (遺伝子型)
 14406 HLA-DPB1 (遺伝子型)
EDTA血液② 2ml

病名 _____
検査目的 _____
輸血歴 _____
既往 _____

その他の項目

一般財団法人東京保健会 病体生理研究所

03-5912-388

- その他の項目欄を設けました。依頼書に掲載されていない項目のご提出にご使用ください。
- CD38 マルチ解析のチェック欄を新たに設けました。

以上