

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	
<input type="checkbox"/>	LS Mix (One Lambda) & LMX (LIFE CODES)	<input type="checkbox"/>	LS Single I (One Lambda)
<input type="checkbox"/>	LS PRA Class I (One Lambda)	<input type="checkbox"/>	LS Single II (One Lambda)
<input type="checkbox"/>	LS PRA Class II (One Lambda)		

患者情報		ドナー情報	
検体名 (患者氏名)		ドナー氏名	
採血日		感作歴	
年 月 日			
検査目的 (造血、臓器等)		患者との続柄	
遺伝子座	患者	ドナー	
HLA-A			
HLA-B			
HLA-C			
HLA-DRB1			
HLA-DRB3,4,5			
HLA-DQA1			
HLA-DQB1			
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
年 月 日	年 月 日

発注元	
機関名	
ご担当者	
ご住所	
電話/FAX	
Mail	
報告先	
機関名	
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 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

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



医療関係者用