

検査依頼書・検体受領書
[A-Cube 皮膚筋炎／多発性筋炎(DM/PM)関連抗体検出セット]

【ご依頼にあたって】

この依頼書に必要事項をご記入の上、検体（凍結血清 300 μ L）に同封して送付ください。
検体は、ヤマト運輸の「着払いにて、平日（月曜日～金曜日）16 時迄に到着」のご指定をお願いします。
なお、到着まで凍結状態が保てるように発泡スチロール容器にドライアイスを入れてください。

【検査項目】

セット内容	皮膚筋炎／多発性筋炎(DM/PM)関連抗体検出セット <検査抗原種類数 4 6 種類>
検出抗体 (抗原)	Jo-1(HARS), PL-7(TARS), PL-12(AARS), EJ(GARS), KS(NARS), OJ(IARS, EPRS, LARS, MARS, QARS, KARS, RARS, DARS, AIMP1, 2, 3), Zo(FARSA, FARSB), Ha(YARS), SRP(SRP54, 14, 19, 68, 72), Mi-2(CHD3, CHD4), TIF1- γ /p155(TRIM33), TIF1- α /p140(TRIM24), TIF1- β (TRIM28), MJ/NXP-2(MORC3), SAE(SAE1, UBA2), SMN(SMN1), cN1A(NT5C1A), U1-RNP_70(SNRNP70), U1-RNP_A(SNRPA), U1-RNP_C(SNRPC), U2-RNP(SNRPB2), Ku(XRCC5, XRCC6), PM-Scl100(EXOSC10), PM-Scl75(EXOSC9), Ki(PSME3), SS-A/Ro52(TRIM21), SS-A/Ro60(TROVE2), SS-B(SSB)

【依頼者様情報】

委託元 （報告書のお宛名に使用させていただきます。 ※必須項目）	
委託 年月日※	
施設名※	
部署・氏名※	
住所・連絡先	(住所※) 〒 (電話番号※) : (FAX) : (e-mail) :
検査結果報告書の送付方法	郵便 ・ e-mail ・ FAX ・ その他 ()
請求書送付先 （原則として郵便にて請求書を送付致します。空欄の場合、委託元に送付致します。）	
施設名	
部署・氏名	
住所・連絡先	〒 電話番号 : FAX : e-mail :

【ご注意事項】 ①この依頼書の測定は、研究検査です。**診断目的には使用できません。** ②依頼書に記載されている個人・患者情報は、同意がある場合を除き測定以外の目的には使用しません。 ③お預かりした検体は、検査終了後に廃棄します。 ④結果の報告書は、**協力会社のプロテオブリッジ株式会社から送付します。** ⑤ご依頼の検査の代金及び代金の支払い方法は、検査案内書をご確認ください。

連絡事項

【検体送付先・お問合せ先】

株式会社伏見製薬所 衛生検査センター 〒763-0042 香川県丸亀市港町 307 TEL : 0877-22-6276 FAX : 0877-22-6280 e-mail : th@fushimi.co.jp

検体受領書（弊社記入欄です。ご記入は不要です）

依頼書 No.	検体受付日	/	/	数量	本	受付者
---------	-------	---	---	----	---	-----

ご依頼いただいた検体は、(株)伏見製薬所衛生検査センターにて受領いたしました。

