

**検査依頼書・検体受領書**  
**[A-Cube 全身性強皮症(SSc)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 $\mu$ 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】**

<b>セット内容</b>	<b>全身性強皮症(SSc)関連抗体検出セット &lt;検査抗原種類数 31 種類&gt;</b>
<b>検出抗体 (抗原)</b>	CENP-A(CENPA), CENP-B(CENPB), CENP-C(CENPC), Scl-70/Topo I (TOP1), RNAPIII/RPC155(POLR3A), RNAPIII/RPC62(POLR3C), RNAP I (POLR1A), RNAP II (POLR2A), Th/To/7-2RNP(POP1, RPP25), U3- RNP /Fibrillarin(FBL), hUBF/NOR90(UBTF), U11/U12-RNP(RNPC3), SSSCA1(SSSCA1), AMA-M2/ミトコンドリア M2(DLAT, DLST, DBT, PDHX), p80-coilin(COIL), 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】**

<b>委託元</b> （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 ( )
<b>請求書送付先</b> （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。

