

検査依頼書・検体受領書
[HuPEX®網羅型タンパク質アレイ受託解析サービス]
(IgG プロファイリング)

【ご依頼にあたって】

HuPEX®網羅型タンパク質アレイ受託解析サービス（以下「本サービス」）のご依頼にあたっては、検査説明書をお読みいただき、本検査依頼書に必要事項をご記入の上、検体に同封してお送りください。

検体は、ヤマト運輸の「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。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。

なお、本サービスのご利用には免責事項への同意が必要となります。検査説明書の内容をご確認・ご了承いただいた上で、免責事項にご同意の旨を本検査依頼書にご記載ください。

1. お客様情報

委託元（結果報告書の送付先） (結果報告書の宛名に使用させて頂きます。 ※必須項目)	
依頼日※	
検体到着予定日	
所属※	
部署・氏名※	
住所・連絡先	(※住所) 〒 (※電話番号) : (※E-mail) :
結果報告書の送付方法※	<input type="checkbox"/> 郵便 <input type="checkbox"/> E-mail
免責事項への同意※	<input type="checkbox"/> 同意する (注) 検査説明書の免責事項をご確認ください。免責事項への同意を頂けない場合は検査をお受けできません。

請求書送付先 (請求書の宛名に使用させて頂きます。請求書は郵便にて送付致します。) <input type="checkbox"/> 委託元と同じであれば、左記のチェックボックス欄にチェック（☑）を入れてください。	
所属	
部署・氏名	
住所・連絡先	〒 電話番号： E-mail :

2. 検体情報

- ◆ ヒト血清・血漿または精製抗体
 - ※ 各サンプル最低 300 μL ご提供ください。
 - ※ 測定サンプルが精製抗体の場合は、ご相談後に決定した規定量をご提供ください。
- ◆ 検出する免疫グロブリンは IgG のみになります。
- ◆ 検査結果利用の同意書がある場合は、「検査結果利用に関する同意書の取得」欄に□のご記入をお願いいたします。

No.	検体名 (検査 ID など)	検体種類 □をお願いいたします。	【任意】 検体情報 (血清または血漿の場合)	検査結果利用に関する同意書の取得 (*)	備考 ウィルス検査結果があれば、結果をご記入下さい。
1		<input type="checkbox"/> 血清 <input type="checkbox"/> 血漿 <input type="checkbox"/> 精製抗体	採取日： 年 月 日 性別 _____ 年齢 _____ 疾患名： _____	<input type="checkbox"/> 有	
2		<input type="checkbox"/> 血清 <input type="checkbox"/> 血漿 <input type="checkbox"/> 精製抗体	採取日： 年 月 日 性別 _____ 年齢 _____ 疾患名： _____	<input type="checkbox"/> 有	
3		<input type="checkbox"/> 血清 <input type="checkbox"/> 血漿 <input type="checkbox"/> 精製抗体	採取日： 年 月 日 性別 _____ 年齢 _____ 疾患名： _____	<input type="checkbox"/> 有	
4		<input type="checkbox"/> 血清 <input type="checkbox"/> 血漿 <input type="checkbox"/> 精製抗体	採取日： 年 月 日 性別 _____ 年齢 _____ 疾患名： _____	<input type="checkbox"/> 有	
5		<input type="checkbox"/> 血清 <input type="checkbox"/> 血漿 <input type="checkbox"/> 精製抗体	採取日： 年 月 日 性別 _____ 年齢 _____ 疾患名： _____	<input type="checkbox"/> 有	

No.と検体名（検査 ID など）は検体チューブに必ずご記載ください。

(*) 検体の提供者様の同意書を取得いただかなくても、検体の提供者様に不利益が生じることは無く、本サービスをご利用いただけます。同意書をいただける場合は、同意書に検査 ID などをご記載ください。

【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検査に用いるアレイには、その仕様の関係上、検査項目以外の抗原タンパク質も搭載しており、当該抗原タンパク質に係る結果も自動的に取得されることになります。しかし、検体の提供者様の同意書がある場合を除き、弊社が当該結果を解析に用いることはなく、検査終了後に遅滞なく消去します。④お預かりした検体は、検査終了後に廃棄します。⑤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。⑥ご依頼の検査の代金及び代金の支払い方法は、検査説明書をご確認ください。

3. 連絡事項

(別途オプション解析を希望される場合、こちらに記入ください。)

【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）

検査依頼書 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。