

ご利用の手引き

取り引きのお申し込み

全国のお客様より検査受託できる体制が整っております。最寄りの営業所・営業拠点までご連絡ください。営業員がお伺いし、説明・ご相談させていただきます。ご連絡の際は裏表紙の営業所・営業拠点一覧をご参照ください。

検査のご依頼方法

依頼書

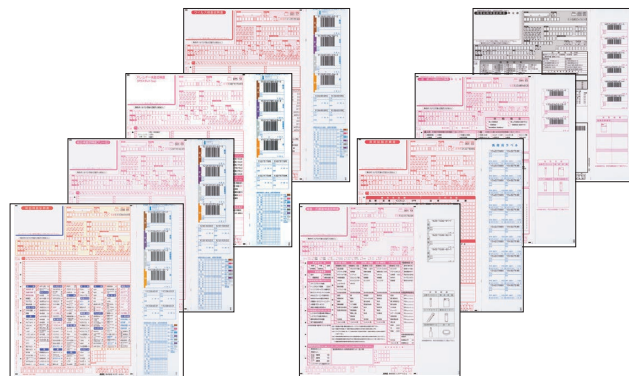
それぞれの依頼項目に適合した依頼書をご使用ください。
Web、データ伝送によるご依頼については別途ご相談ください。

[検査依頼書一覧]

総合検査依頼書
アレルギー検査依頼書
ウイルス検査依頼書
負荷試験依頼書

[報告書一覧]

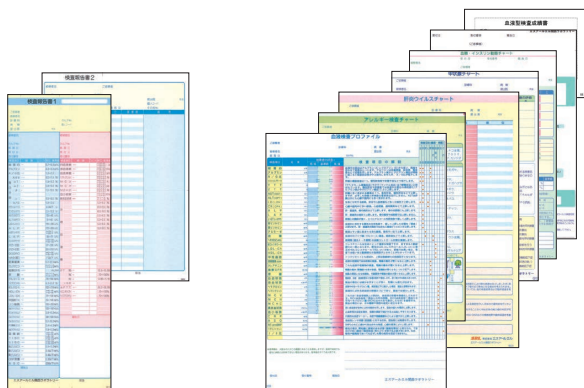
検査報告書1
検査報告書2



報告

検査結果は所定の様式にてお届けいたします。
Web、データ伝送による報告については別途ご相談ください。

至急報告をご希望される場合は、ご提出される依頼書の至急欄に印字されている項目をご選択ください。
検査結果が判明次第、FAX等でご連絡させていただきます。
緊急報告検査値範囲が設定してある項目については、特にご指示がない場合でもFAX等にてご連絡させていただきます。



特定感染症患者の検体受託について

当社の受託体制および感染症法(感染症の予防及び感染症の患者に対する医療に関する法律)等により、下記に該当する感染症確定者、疑似症状者、無症状病原体保有者の検体については、受託することが出来ません。予めご了承ください。

【特定感染症】

- ・ 1 類感染症
エボラ出血熱、クリミア・コンゴ出血熱、痘そう、南米出血熱およびラッサ熱のウイルス性出血熱、ペスト、マールブルグ病
- ・ 重症急性呼吸器症候群(SARS)

検査結果のお問い合わせ

検査内容等のお問い合わせ、ご意見、ご指摘等につきましては、最寄りの営業所・営業拠点へお問い合わせください。
お問い合わせ対応時間：9：00～17：30（土曜、日曜、祝日を除く）

料金請求とお支払い方法

継続してお取り引きいただくお客様は、1ヵ月分をまとめてご請求申し上げます。お支払い方法は、ご契約に従ってお願いいたします。その他の場合は、原則としてご依頼時にお支払いください。なお、領収書につきましては、お振込みの際の振込金受領書をお持ちして領収書に代えさせていただきます。領収書のご要望がございましたら、営業員にお申し付けください。

検体のご提出と搬送方法

検体は当社営業員へご提出ください。なお、一部地域において提携先による集配を行っております。
 検体受領場所[]

当社では、お預かりした検体の搬送精度向上のために、断熱材入りの専用検体搬送ボックスに専用の蓄冷剤と蓄温剤を用いて搬送しております。

お預かりした検体は関西ラボラトリーへ搬送いたします。
 関西ラボラトリーへの平均検体搬送時間は約[]時間となっております。

一部の検査はエスアールエルグループ各ラボラトリーまたは八王子ラボラトリー経由で下記検査会社へ測定委託しております。
 エスアールエルグループ各ラボラトリーおよび八王子ラボラトリーから各検査会社への搬送時間は下記の通りです。
 検査報告書には項目毎に測定委託先を記号で表示いたします。

記号	測定委託先(エスアールエルグループ各ラボラトリー)	搬送時間
I	エスアールエル八王子ラボラトリー	約8時間
Y	エスアールエル第3八王子ラボラトリー	
1	エスアールエル遺伝子・染色体解析センター	
3	エスアールエルMUQSラボラトリー	
D	エスアールエル羽村ラボラトリー	

記号	測定委託先	搬送時間
E	北里大塚バイオメディカルアッセイ研究所	3時間以内
K	Quest Diagnostics Incorporated(QD)	2～3日以内
M	LSIメディエンス	3時間以内
N	ビー・エム・エル	
U	一般財団法人 阪大微生物病研究会	1日以内
J	江東微生物研究所	6時間以内
ニ	長崎大学	
ハ	シノテスト サイエンス・ラボ	30時間以内
\$	日本医学臨床検査研究所本社ラボ	
	日本医学臨床検査研究所関西ラボ	

ご依頼検体の保管期間

お預かりした検体は、依頼日より3週間保管し、再検査や追加検査のご要望にお応えしております。なお、保管期間を過ぎた検体につきましては、当社で処分させていただきます。また、当社から測定委託する項目につきましては、測定委託先の基準に基づいて保管させていただきます。

検査業務概況のご報告

当社の検査業務の概況は、当社のホームページなどで、関係各位にご報告しております。これは受託情報等を統計資料としてご提供するもので、検査精度を検証することに役立つほか、公衆衛生疫学等のご参照にも資されております。

RIA測定項目のご依頼にあたっての注意事項

シンチグラフィ等で*in vivo*に投与したアイソトープが残存するとRIAでの異常値発生の原因となることがありますので、あらかじめご了承ください。

免責について

ご依頼いただきました検査は当社検査実施基準に基づき行われますが、お預かりした検体の状態、または検査方法の技術的限界等により検査結果を臨床診断に資することが困難な場合があります。この場合当社はその検査結果に対し免責とさせていただきます。

再検査

当社再検査基準に基づき再検査をいたします。
 検査必要量に満たない検体量でのご依頼の時には、再検査ができない場合があります。

ご利用の手引き

検査依頼書のご記入要領

記入位置	記入事項	記入要領
①	● 氏名	<ul style="list-style-type: none"> カタカナ、数字、アルファベットで1マスに1文字としてご記入ください。 濁点も1文字として、1マスにご記入ください。(ダータ) 姓と名前の間は空白を1マス空けてください。(ヨシタ シケル) 拗音(キョ)・促音(マッ)などの小文字は使用できません。 具体的な記入要領は記入例をご参照ください。
②	生年月日	<ul style="list-style-type: none"> 年、月、日は、いずれも右詰めでご記入ください。 年は、西暦の場合は4桁で、和暦の場合は年号に[/]マークして2桁でご記入ください。
③	● 年齢	<ul style="list-style-type: none"> 月齢は0才児のみの対応。 歳、ヶ月の記入ができます。ともに右詰めでご記入ください。 生年月日を西暦で記入したとき年齢は自動計算されます。
④	● 性別	<ul style="list-style-type: none"> 性別は基準値に關係する必須情報です。該当欄に[/]マークしてください。
⑤	カルテ番号	<ul style="list-style-type: none"> 数字、アルファベットで左詰めに10文字以内でご記入ください。
⑥	個人コード	<ul style="list-style-type: none"> 数字、アルファベットで左詰めに10文字以内でご記入ください。
⑦	● 透析 前・後	<ul style="list-style-type: none"> 該当欄に[/]マークしてください。透析前後の検体を識別します。
⑧	診療科	<ul style="list-style-type: none"> 印字してある科名に[/]マークしてください(⑧-1)。 または、コード(⑧-2)か診療科名(⑧-3)を左詰めでご記入ください。
⑨	病棟名	<ul style="list-style-type: none"> 病棟名(⑨-1)または病棟コード(⑨-2)を左詰めでご記入ください。
⑩	提出医	<ul style="list-style-type: none"> 提出医名(⑩-1)または提出医コード(⑩-2)を左詰めでご記入ください。
⑪	● 採取日時	<ul style="list-style-type: none"> 年、月、日、時、分、それぞれが2桁で記入できます。 2桁はそれぞれ右詰めでご記入ください。
⑫	入院・外来	<ul style="list-style-type: none"> 該当欄に[/]マークしてください。
⑬	○ 尿量	<ul style="list-style-type: none"> 蓄尿を要する検査項目、クリアランス検査には必須の情報です。 単位はmLで、4桁記入できます。右詰めでご記入ください。
⑭	蓄尿時間	<ul style="list-style-type: none"> 単位は時間です。右詰めでご記入ください。24時間蓄尿を要する項目については使用しないでください。
⑮	○ 身長	<ul style="list-style-type: none"> クリアランス検査には必須の情報です。 単位はcmで、○○○.○cmとして整数部は右詰めでご記入ください。
⑯	○ 体重	<ul style="list-style-type: none"> クリアランス検査には必須の情報です。 単位はkgで、○○○.○kgとして整数部は右詰めでご記入ください。
⑰	食後時間 空腹	<ul style="list-style-type: none"> 空腹時の採血か、食後何分後の採血かを報告書に反映したい場合にご記入ください。 ○分と右詰め記入、あるいは[/]マークしてください。
⑱	○ 妊娠週数	<ul style="list-style-type: none"> 右詰めでご記入ください。 「妊婦検査成績書」は妊娠週数の記入がない場合には発行されません。
⑲	○ 性周期	<ul style="list-style-type: none"> 該当欄に[/]マークしてください。
⑳	保険区分 初診	<ul style="list-style-type: none"> 保険種類の区分、本人区分、初診区分の欄です。

●:記入必須事項 ○:検査項目により記入必要事項

1 氏名

●氏名欄はカタカナ、アルファベット、数字で記入してください

*正しい記入例

氏名(姓と名の間は1マスあけてください)

ヨシタ シケル

◆姓と名の間は1マスあけ、濁点と、半濁点は1マスとする。

*氏名の入力制限について
小文字は使用できません

ヨシタ キヨウコ

◆拗音、促音は入力禁止

氏名記入で拗音、促音(小文字)は使用できません。

*不適切な記入例 1)

氏名(姓と名の間は1マスあけてください)

ヨシダ シゲル

◆不適切な記入例
1)濁点が1マスで記入されていない。

↓
すべて大文字で記入

ヨシタ キヨウコ

氏名欄に拗音、促音が記入されている場合でもコンピューター登録では大文字になります。

*不適切な記入例 2)

氏名(姓と名の間は1マスあけてください)

ヨシタ シケル

2)姓と名の間を1マスあけていない。

2 生年月日 3 年齢

生年月日

▼西暦▼和暦

明大昭平 14 8 25

年齢

79

●生年月日

1)和暦の場合は、年号欄に[/]マークしてください。

[/]線は枠からはみ出さないように□印のコーナーマークに引いてください。

2)和暦の場合は、▼和暦マークのあるところから2桁に年を記入してください。

3)西暦の場合は、▼西暦マークのあるところから4桁に年を記入してください。

4)年、月、日の数字は、それぞれ右詰めで記入してください。

生年月日

▼西暦▼和暦

明大昭平 2011 7 28

年齢

00709

4 性別

性別

該当欄に[/]マークしてください。

男 女

11 採取日時

採取日時

13032309

30

年、月、日は必ずご記入ください。

依頼項目

●依頼マーク・取消しマークの付け方

正しい依頼マークの方法

AST

← 依頼

1)依頼項目は、と枠内をマークする。

ALT

← 取消し

2)依頼取消は、と枠内をマークする。

ALP

← 依頼

不適切なマークの例

3)不適切なマーク例
マークが枠外に大きくはみだしているため、上下隣の項目を誤読することがある。

追加項目

●手書きによる検査項目の記入

0 1 1 2 グリコアルブミン

◆掲載外項目を依頼する場合、欄外項目記入欄の

を[/]マークし、項目名を記入してください。

◆追加項目は、欄外項目記入欄内に記入してください。

◆項目コード欄に、追加項目の項目コードをご記入ください。

◆追加項目数が多い場合、枠内に小さく全項目記入してください。

ご利用の手引き

検査依頼書添付 検体ラベルの記入・貼り付け要領

■ 検査依頼書によっては、受付番号に対応した検体ラベルが添付されているものがあります。

- 1) 材料名表示ありのバーコードラベル
- 2) 材料名フリーのバーコードなしラベル

◆ラベルには、検査依頼書の受付番号に対応した検体番号が印刷してあります。

依頼書の受付番号と検体に貼付するラベルの表示番号は必ず一致させてください。

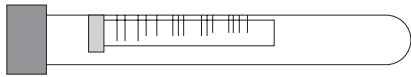
(注：検査依頼書に印刷してある受付番号の下1桁目はコンピューターチェック用につき無視してください)

◆バーコード付きラベルには、あらかじめ検査材料名を印刷してあります。

◆バーコードなしラベルは検査材料名欄が空白(フリー欄)になっています。添付ラベルに該当材料名がないときやバーコードラベルが不足したときは、このラベルに材料名を記入してご使用ください。

■ 検体ラベルの貼り付け手順

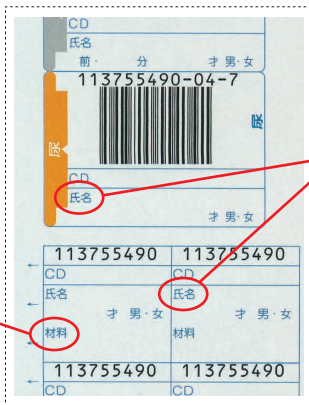
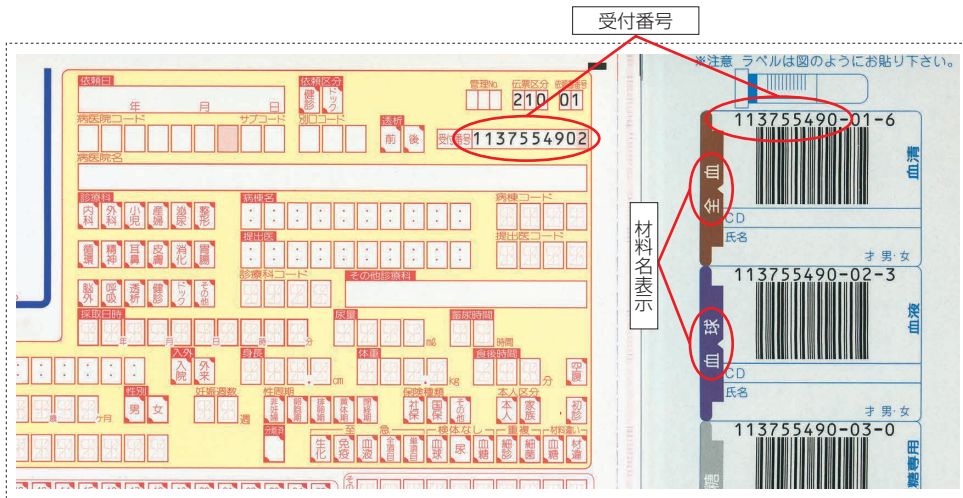
- 1) 検査依頼書に被検者の氏名をご記入ください。
- 2) 採取検体の材料に対応するバーコードラベルの氏名欄に依頼書と同じ氏名をご記入ください。
- 3) 採取した検体材料に該当する添付ラベルがない場合は材料欄フリーのラベルに材料名を記入してご使用ください。
- 4) 下図の要領で検体にラベルを貼り付けてください。



<ラベル貼り付け時の再確認事項>

- (1) 依頼書の受付番号とラベルの検体番号を照合
- (2) 依頼書の被検者氏名とラベルの氏名の照合
- (3) 検体の材料種別とラベルの材料表示名を照合

検体ラベル見本



氏名記入欄

依頼書と同じ氏名を記入してください。

材料名手書き欄

出検される検査材料名を記入してください。

総合検査案内掲載内容

1. **検体量**：検体量は再検査分を考慮して設定しております。
血清または血漿の場合、必要量の約3倍量を目安に血液を採血してください。(検体採血方法は①ページをご参照ください)
2. **保存**：指定の保存方法にてご提出ください。
凍結 必ず凍結(-10℃以下)保存してご提出ください。
冷蔵 冷蔵(2℃～15℃)で保存してご提出ください。
室温 必ず室温(16℃～30℃)で保存してご提出ください。
3. **基準値**：「正常参考値および判定基準」は当社では「基準値」で表示しております。
「基準値」には基準範囲、臨床判断値等を含みます。
4. **所要日数**：原則的には検体をお預かりした翌日を起算日とし、結果をお客様のお手元へお届けするまでの日数(通常の土曜・日曜日を含みます)です。なお、次の場合は表示日数よりご報告が遅れることがありますので、あらかじめご了承ください。
 - ・再検査の場合や祝日の前後の場合
 - ・記載されている材料以外のご依頼の場合
 - ・凍結マーク項目と同時のご依頼の場合
 - ・やむを得ず、重複不可マーク項目と同時のご依頼があった場合
5. **実施料・判断料**：検体検査料は検体検査実施料と、検体検査判断料に区分されています。

検体検査判断料					
	判断料	判断料区分		判断料	判断料区分
1. 尿・糞便等検査判断料	34点	※1	5. 生化学的検査(Ⅱ)判断料	144点	※5
2. 遺伝子関連・染色体検査判断料	100点	※2	6. 免疫学的検査判断料	144点	※6
3. 血液学的検査判断料	125点	※3	7. 微生物学的検査判断料	150点	※7
4. 生化学的検査(Ⅰ)判断料	144点	※4			

6. **採取条件**：検体を適正に採取するために、検体採取時に留意していただきたい事項です。(備考または容器の取り扱い方法をご参照ください。)
7. **提出条件**：血清分離の要否など、適正な検査・測定を行うために必要な事項です。(備考または容器の取り扱い方法をご参照ください。)
速やかに遠心 採血後、長時間の室温放置は避け、速やかに遠心分離してください。遠心分離までに時間指定のある項目や、前処理、遠心分離前に冷却を必要とする項目等もありますので、備考欄または容器の取り扱い方法も併せてご参照ください。
冷却遠心 低温(4℃)にて遠心分離してください。
8. **緊急報告検査値範囲** 緊急：緊急報告検査値範囲(①ページ参照)が設定されておりますので、範囲を超えた場合には、当社より緊急連絡させていただきます。
9. **曜日指定** 曜日指定：指定曜日のみ(休日除く)受託可能となりますので、ご注意ください。受託可能日につきましては、本文の備考欄をご参照ください。
10. **参考文献**：検査方法についての基本的な参考文献です。(E～トページ参照)

ご利用の手引き

マーク一覧

受付・報告関連	曜日指定		指定曜日のみ(休日除く)受託可能となりますので、ご注意ください。受託可能日につきましては、本文の備考欄をご参照ください。
	緊急		緊急報告検査値範囲(11ページ参照)が設定されておりますので、範囲を超えた場合には、当社より緊急連絡させていただきます。
	ヒト倫理		ヒト遺伝子倫理指针对象項目となりますので、ご依頼につきましては、10ページをご参照ください。
	PGx		ファーマコゲノミクス(PGx)対象項目となりますので、ご依頼につきましては、11ページをご参照ください。
	海外		最終委託先が米国のため海外搬送となります。検体の返却等はできませんので、あらかじめご了承ください。
	重複不可		他項目との重複依頼は避けてください。
検体取り扱い	速やかに遠心		採血(採尿)後、長時間の室温放置は避け、速やかに遠心分離してください。遠心分離までに時間指定のある項目や、前処理、遠心分離前に冷却を必要とする項目等もありますので、備考欄または専用容器の取り扱い方法も併せてご参照ください。
	冷却遠心		低温(4℃)にて遠心分離してください。
	凍結		必ず凍結(-10℃以下)保存してご提出ください。
	冷蔵		冷蔵(2℃～15℃)で保存してご提出ください。 なお、長期間にわたって保存される場合は、凍結して下さるようお願いいたします。ただし凍マークのついている項目は、長期間であっても凍結しないでください。
	室温		必ず室温(16℃～30℃)で保存してご提出ください。
	遮光		直射日光または蛍光灯等を避け、遮光した容器にてご提出ください。
検査値への影響	溶血不可		溶血検体は検査値に影響を及ぼす場合がありますので避けてください。
	不活化不可		不活化(非動化)検体は検査値に影響を及ぼす場合がありますので避けてください。
	酸性蓄尿不可		酸性蓄尿は検査値に影響を及ぼす場合がありますので避けてください。
	凍結不可		凍結(-10℃以下)保存は検査値に影響を及ぼす場合がありますので避けてください。

主な単位記号

L	liter	M	mol/L
dL	deciliter(=0.1L)	mmol	millimole(=0.001mol)
mL	milliliter(=0.001L)	μmol	micromole(=10 ⁻⁶ mol)
μL	microliter(=10 ⁻⁶ L)	nmol	nanomole(=10 ⁻⁹ mol)
fL	femtoliter(=10 ⁻¹⁵ L)	pmol	picomole(=10 ⁻¹² mol)
kg	kirogram	fmol	femtomole(=10 ⁻¹⁵ mol)
g	gram	mm	millimeter
mg	milligram(=0.001g)	mm ²	squaremillimeter(平方ミリメートル)
μg	microgram(=10 ⁻⁶ g)	mm ³	cubicmillimeter(立方ミリメートル)
ng	nanogram(=10 ⁻⁹ g)	μ ³	cubicmicron(立方マイクロ)
pg	picogram(=10 ⁻¹² g)	Meq	megaequivalents
U	unit	mEq	milliequivalent
mU	milliunit(0.001U)	mOsm	milliosmole
μU	microunit(10 ⁻⁶ U)	%	percent
IU	international unit	‰	permill
mIU	milliinternational unit(=0.001 IU)	cpm	counts per minutes
AU	arbitrary unit	U _A	unit allergen

検査項目欄の見かた

検体をお預かりした翌日を起算日とし、結果をお届けするまでの日数です。再検査の場合や祝日の前後はさらに日数を要することがあります。

検査方法名です。検査方法の概略につきましてはア～ウページをご参照ください。

検査ご依頼にあたっての注意事項です。

項目コード
 依頼書欄外項目
 ご依頼時はそれぞれ記載されている全ての英数字をご記入ください。
 JLAC10の結果
 識別コードを除く
 (15桁のコード(依頼項目)を記載しています。
 JLAC10コードは、日本臨床検査医学会が制定した臨床検査項目分類コードです。
 (コードの新設などの理由で変更となることがあります。)

項目コード	検査項目 JLAC10	検体量 (mL)	容器	保存 (安定性)	所要 日数	実施料 判断料	検査方法	基準値(単位)	備	考
0001	総蛋白(TP) 3A010-0000-023-271	血清 0.5	S09 ↓ A00	冷蔵 (1ヵ月)	1~2	① 11 ※4	Biuret法	6.7~8.3 (g/dL)		
0003	アルブミン(Alb) 3A015-0000-023-271	血清 0.5	S09 ↓ A00	冷蔵 (21日)	1~2	① 11 ※4	BCP改良法	3.8~5.2 (g/dL)		ヒトアルブミンと特異性の高いBCPと反応させる方法です。
0604	尿中アルブミン 3A015-0000-004-061	蓄尿 1	U00	冷蔵 (1ヵ月)	2~4	② 102 ※1	免疫比濁法	2~20 (mg/day)		☑
	尿中アルブミン (クレアチニン換算値) 3A015-0000-001-061	部分尿 1	U00	冷蔵 (1ヵ月)	2~4	② 102 ※1	免疫比濁法	尿中アルブミン換算値 10.0以下 (mg/g・CRE)		☑
0008	A/G比 3A016-0000-023-919	血清 0.5	S09 ↓ A00	冷蔵 (1ヵ月)	1~2		BCP改良法 /Biuret法	1.1~2.1		
0983	蛋白分画 3A020-0000-023-237	血清 0.3	S09 ↓ A00	冷蔵	3~6	① 18 ※4	キャピラリー 電気泳動法	ALB 55.8~66.1 (%) α1-グロブリン 2.9~4.9 (%) α2-グロブリン 7.1~11.8 (%) β1-グロブリン 4.7~7.2 (%) β2-グロブリン 3.2~6.5 (%) γ-グロブリン 11.1~18.8 (%) A/G 1.3~1.9		☑ 溶血でのご依頼は避けてください。
1908	尿中蛋白分画 3A020-0000-001-233	部分尿 1	U00	冷蔵		① 18 ※4	アガロースゲル 電気泳動法	(%)		血清材料は、項目コード：0983 蛋白分画をご依頼ください。

①「蛋白分画」、「総蛋白」及び「アルブミン」を併せて測定した場合は、主たるもの2つの所定点数を算定する。
 ②「尿中トランスフェリン」、「尿中アルブミン」及び「尿中M型コラーゲン」は、糖尿病又は糖尿病性早期腎症患者であって微量アルブミン尿を疑うもの(糖尿病性腎症第1期又は第2期のものに限る。)に対して行った場合に、3月に1回に限り算定できる。なお、これらを同時に行った場合は、主たるもののみ算定する。

最終測定実施場所です。詳細につきましては③ページをご参照ください。

実施料、判断料区分です。※については⑦ページをご参照ください。
 ●については保険点数算定上の、同時算定不可、回数制限の算定条件を抜粋して欄外に掲載しています。

ご提出いただく検体の保存条件です。採血後の保存条件ではありませんのでご注意ください。()内の安定性は当社検討データによる検体の保存可能時間の目安を記載しています。 下記参照

容器の取り扱いについては下記の例をご参照ください。また、取り扱い方法に条件がある項目もありますので、備考欄または容器の取り扱い方法もご参照ください。

(例1) 検体が血清の場合

検体量 (mL)	容器
血清 0.5	S09 ↓ A00

汎用容器(S09)に血液を採取し、遠心分離後、血清0.5mLを別容器(A00)に移し替えてご提出ください。
 血清または血漿の場合、必要量の約3倍量を目安に血液を採取してください。

(例2) 添加剤入り容器に採取し、遠心分離後、上清をご提出いただく場合

検体量 (mL)	容器
血漿 0.5	PN2, PN5 ↓ A00

当社専用容器(PN2、PN5)に血液を採取し、遠心分離後、血漿0.5mLを別容器(A00)に移し替えてご提出ください。
 血清または血漿の場合、必要量の約3倍量を目安に血液を採取してください。

(例3) 検体が添加剤入りの血液の場合

検体量 (mL)	容器
血液 5.0 (EDTA-2Na加)	PN7

当社専用容器(PN7)に血液5.0mLを採取し、よく混和させ、そのままご提出ください。
 採取および提出とも同一容器(PN7)で、別容器への移し替えは不要です。

ご利用の手引き

倫理指针对象項目のご依頼にあたり

当社では「遺伝学的検査受託に関する倫理指針」(社団法人日本衛生検査所協会)ならびに「ヒトゲノム・遺伝子解析研究に関する倫理指針」(文部科学省・厚生労働省・経済産業省)に基づき、「SRL遺伝子倫理ガイドライン」を策定し、前記指針に則った受託を行っております。

●診断目的で検査をご依頼いただく場合

- ・検査実施にあたりましては、「医療における遺伝学的検査・診断に関するガイドライン」(日本医学会)等のガイドラインを遵守くださいますようお願いいたします。
- ・対象の項目をご依頼いただく際は、遺伝学的検査受託専用の「倫理指針準拠依頼書」をご利用くださいますようお願いいたします。

■倫理指針準拠依頼書

病院コードNo. _____ 病院名 _____		倫理指針準拠依頼書 (先天異常・生体組織等染色体検査)	
<small>※ 報告書の氏名は「匿名符号」でご記入いたします。 ※ 氏名、カルテNo.は、「病院控」にのみ複写されます。 ※ 匿名符号は、必ずおおよそ英数字30桁以内でご記入ください。</small>		<small>科名(○で囲む) 内・外・小児科 外科・皮膚科 産科・産婦人科 眼科・耳鼻科 小児科 呼吸器科 泌尿器科 消化器科 循環器科 神経科 皮膚科 泌尿器科 産科 その他</small>	
匿名符号 (必ず記入してください)	氏名	性別 男・女	年齢
氏名	匿名符号	入院・外来	検査月日
匿名符号	匿名符号	採取月日	採取時間
<small>※ 検査者の性別・年齢は必ずご記入ください。また、依頼理由、前回検査などの検査者情報の記入をお願いします。</small>		<small>※ 報告書の氏名は「匿名符号」でご記入いたします。 ※ 氏名、カルテNo.は、「病院控」にのみ複写されます。 ※ 匿名符号は、必ずおおよそ英数字30桁以内でご記入ください。</small>	
【遵守事項のご確認】 遺伝学的検査の実施に際し、実施する遺伝子検査の目的を明確にし、被検者の同意によるインフォームド・コンセントが得られたこと、及び事前の遺伝カウンセリングが適切に行われたことを確認された担当医師の署名をお願いします。		弊社からのご連絡先 TEL: () _____ (内線) _____	
検査項目 【分染法】 <input type="checkbox"/> 先天異常染色体(G-Band) <input type="checkbox"/> 先天異常染色体(C-Band) <input type="checkbox"/> 2次元的先天異常染色体(G-Band)の検査結果を ご記入ください。 <input type="checkbox"/> 先天異常染色体(Q-Band) <input type="checkbox"/> 2次元的先天異常染色体(Q-Band)の検査結果を ご記入ください。 【FISH法】 <input type="checkbox"/> 13染色体 <input type="checkbox"/> 18染色体 <input type="checkbox"/> 21染色体 <input type="checkbox"/> 先天異常X染色体 <input type="checkbox"/> 先天異常Y染色体 <input type="checkbox"/> 1染色体(1p36欠失症候群) <input type="checkbox"/> 4染色体(ウルフ・ヒルシュフェン症候群) <input type="checkbox"/> 5染色体(トリス症候群) <input type="checkbox"/> 7染色体(ウィリアムズ症候群) <input type="checkbox"/> 13染色体(先天性網膜母細胞腫RB1) <input type="checkbox"/> 15染色体(フラウアーイリ症候群) <input type="checkbox"/> 15染色体(アンジェルマン症候群) <input type="checkbox"/> 17染色体(クラウゼンフェルター症候群) <input type="checkbox"/> 22染色体(22q11欠失) <input type="checkbox"/> Y染色体(睾丸決定遺伝子SRY) <input type="checkbox"/> X,Y染色体(身長関連遺伝子SHOX) <input type="checkbox"/> 13染色体(コイタキアブナーター遺伝子STS) <input type="checkbox"/> 染色体SKY(先天異常)		依頼理由 <input type="checkbox"/> 染色体異常・多発奇形 <input type="checkbox"/> 臨床所見 <input type="checkbox"/> 低身長 <input type="checkbox"/> 発達・精神 <input type="checkbox"/> 発達遅延 <input type="checkbox"/> 自閉 <input type="checkbox"/> 知的障害 <input type="checkbox"/> 多動 <input type="checkbox"/> リプロダクション <input type="checkbox"/> 無・乏精子症 <input type="checkbox"/> 反復(習慣)流産 <input type="checkbox"/> 不妊 <input type="checkbox"/> 早期閉経 <input type="checkbox"/> 無月経 <input type="checkbox"/> その他 <input type="checkbox"/> UGR <input type="checkbox"/> 外性器の畸形 <input type="checkbox"/> 性別判定 <input type="checkbox"/> 結紮手術の確認 <input type="checkbox"/> 近親に核型異常	
前回は検査・関連検査・近親検査 本人を1で指示 匿名符号をご記入ください。		前回は検査・関連検査・近親検査 本人を1で指示 匿名符号をご記入ください。	
依頼理由 病名(漢字) 匿名符号 疾患 検査月日 検査結果		その他項目名 匿名符号 検査月日 検査結果	
<small>※ 検査者の性別・年齢は必ずご記入ください。また、依頼理由、前回検査などの検査者情報の記入をお願いします。</small>		<small>※ 報告書の氏名は「匿名符号」でご記入いたします。 ※ 氏名、カルテNo.は、「病院控」にのみ複写されます。 ※ 匿名符号は、必ずおおよそ英数字30桁以内でご記入ください。</small>	
【遵守事項のご確認】 遺伝学的検査の実施に際し、実施する遺伝子検査の目的を明確にし、被検者の同意によるインフォームド・コンセントが得られたこと、及び事前の遺伝カウンセリングが適切に行われたことを確認された担当医師の署名をお願いします。		弊社からのご連絡先 TEL: () _____ (内線) _____	

病院コードNo. _____ 病院名 _____		倫理指針準拠依頼書 (遺伝学的検査)	
<small>※ 報告書の氏名は「匿名符号」でご記入いたします。 ※ 氏名、カルテNo.は、「病院控」にのみ複写されます。 ※ 匿名符号は、必ずおおよそ英数字30桁以内でご記入ください。</small>		<small>科名(○で囲む) 内・外・小児科 外科・皮膚科 産科・産婦人科 眼科・耳鼻科 小児科 呼吸器科 泌尿器科 消化器科 循環器科 神経科 皮膚科 泌尿器科 産科 その他</small>	
匿名符号 (必ず記入してください)	氏名	性別 男・女	年齢
氏名	匿名符号	入院・外来	検査月日
匿名符号	匿名符号	採取月日	採取時間
<small>※ 検査者の性別・年齢は必ずご記入ください。また、依頼理由、前回検査などの検査者情報の記入をお願いします。</small>		<small>※ 報告書の氏名は「匿名符号」でご記入いたします。 ※ 氏名、カルテNo.は、「病院控」にのみ複写されます。 ※ 匿名符号は、必ずおおよそ英数字30桁以内でご記入ください。</small>	
【遵守事項のご確認】 遺伝学的検査の実施に際し、実施する遺伝子検査の目的を明確にし、被検者の同意によるインフォームド・コンセントが得られたこと、及び事前の遺伝カウンセリングが適切に行われたことを確認された担当医師の署名をお願いします。		弊社からのご連絡先 TEL: () _____ (内線) _____	
検査項目 <input type="checkbox"/> ジストロフィンDNA <input type="checkbox"/> 福山型筋ジストロフィーDNA挿入 <input type="checkbox"/> アンドロゲンレセプター遺伝子CAG反復配列解析 <input type="checkbox"/> MECP2遺伝子(exon34)変異解析 <input type="checkbox"/> RET遺伝子変異解析(甲状腺腫瘍) <input type="checkbox"/> RETミュータレーション解析 <input type="checkbox"/> PRRT2遺伝子変異解析 <input type="checkbox"/> 先天性QT延長症候群遺伝子解析 <input type="checkbox"/> Y染色体微小欠失(AZF欠失)		前回は検査・関連検査・近親検査 本人との関連 匿名符号 疾患 検査月日 検査結果	
依頼理由 病名(漢字) 匿名符号 疾患 検査月日 検査結果		その他項目名 匿名符号 検査月日 検査結果	
<small>※ 検査者の性別・年齢は必ずご記入ください。また、依頼理由、前回検査などの検査者情報の記入をお願いします。</small>		<small>※ 報告書の氏名は「匿名符号」でご記入いたします。 ※ 氏名、カルテNo.は、「病院控」にのみ複写されます。 ※ 匿名符号は、必ずおおよそ英数字30桁以内でご記入ください。</small>	
【遵守事項のご確認】 遺伝学的検査の実施に際し、実施する遺伝子検査の目的を明確にし、被検者の同意によるインフォームド・コンセントが得られたこと、及び事前の遺伝カウンセリングが適切に行われたことを確認された担当医師の署名をお願いします。		弊社からのご連絡先 TEL: () _____ (内線) _____	

「倫理指針準拠依頼書」では、検査の目的や限界などが説明され、被検者の自由意思による同意(インフォームド・コンセント)が得られていること、および被検者に対して事前の遺伝カウンセリングが適切に行われたことを、ご担当医の署名により確認させていただきます。

また、個人情報保護のために、被検者氏名の代わりに匿名化符号をご記入いただきますと、当社では匿名化符号をもちまして検査を実施いたします。(氏名およびカルテNo.欄を設けておりますが、当社控への伝票には複写されないように処理しております。)

●ヒトゲノム・遺伝子解析の研究としてご依頼の場合

「ヒトゲノム・遺伝子解析研究に関する倫理指針」(文部科学省・厚生労働省・経済産業省)に則った研究につきましては、別途契約締結のうえ検査をご依頼くださいますようお願いいたします。ご契約につきましては、最寄りの営業所・営業拠点にお問い合わせください。

ファーマコゲノミクス(PGx)検査項目のご依頼にあたり

当社では、「医療における遺伝学的検査・診断に関するガイドライン」(下記)の主旨に沿い、薬物の効果や副作用の予測補助として臨床の現場で行われる遺伝学的検査につきましては、これを「ファーマコゲノミクス検査(PGx)」として、単一遺伝子疾患の診断に利用される遺伝学的検査とは区別した受託を行っております。関連ガイドラインから抜粋致しました下記の留意点をご一読いただき、検査実施にあたりましては、ガイドラインの原本をご参照くださいますようお願いいたします。

「医療における遺伝学的検査・診断に関するガイドライン」(日本医学会 2011年2月)

3. 遺伝学的検査の留意点 3-4) 薬理遺伝学検査

ゲノム薬理学検査に含まれる薬理遺伝学検査 [注5] は、生殖細胞系列の遺伝情報を取扱うものであるが、以下の特性があるため、単一遺伝子疾患の遺伝情報とは異なり、診療の場においては、関連ガイドライン [注5] を参照した上で、通常の診療情報と同様に扱うことができる。

- ・危険な副作用をもたらす薬物、または有効性の乏しい薬物の投与を回避できること。
- ・適切な投与量を推定できること。
- ・遺伝型に基づく表現型の予測力が必ずしも高くないこと。

[注5] ; 「ゲノム薬理学における用語集」(厚生労働省)では、(略)「薬理遺伝学(Pharmacogenetics: PGt)」を「ゲノム薬理学(PGx)の一部であり、薬物応答と関連するDNA配列の変異に関する研究」と定義している。

(略)これらの検査に関連した指針等には「ファーマコゲノミクス検査の運用指針」および「ゲノム薬理学を適用する臨床研究と検査に関するガイドライン」がある。

「ファーマコゲノミクス検査の運用指針」

(日本臨床検査医学会・日本人類遺伝学会・日本臨床検査標準協議会 2012年7月)

3. 個人の遺伝情報の保護

現在、単一遺伝子疾患の診断を目的とした遺伝学的検査では匿名化や親展報告書などにより、個人情報保護されている。PGx検査の実施においても、単一遺伝子疾患が考えられる場合は、医療機関等において、各種安全管理措置(略)を講じた上で、個人情報の保護は「匿名化」にて運用する。

ただし、単一遺伝子疾患が考えられる場合でも、原則として、健康障害をもたらさない場合は、匿名化の必要性や電子カルテあるいは紙カルテでの取扱い方はその限りではない。

別紙5) PGx検査の実施・運用体制について

(略)なお、PGx検査の情報管理として、被検者(患者)の匿名化、オーダリングシステムへの掲載、検査結果の電子カルテ掲載等については、各種安全管理措置を講じた上で、以下の場合には通常の臨床検査と同様に扱うことが容認される。

- ・体細胞遺伝子検査に分類されるPGx検査の場合
- ・検査対象となる遺伝子が単一遺伝子疾患の原因遺伝子である生殖細胞系列のPGx検査であっても、被検者に健康障害をもたらさない場合

「遺伝学的検査受託に関する倫理指針」

(日本衛生検査所協会 遺伝子関連検査受託倫理審査委員会 平成28年11月)

ご利用の手引き

包括項目

■悪性腫瘍組織検査 処理が容易なもの(◎)

肺癌におけるEGFR遺伝子検査 肺癌におけるROS1 融合遺伝子検査 肺癌におけるALK融合遺伝子検査 肺癌におけるK-ras遺伝子検査 膵癌におけるK-ras遺伝子検査 消化管間葉系腫瘍におけるc-kit遺伝子検査	大腸癌におけるRAS遺伝子検査 大腸癌におけるBRAF遺伝子検査 大腸癌におけるEGFR遺伝子検査 大腸癌におけるK-ras遺伝子検査 大腸癌におけるマイクロサテライト不安定性検査 (リンチ症候群の診断の補助を目的とする場合に限る。) 局所進行又は転移が認められた標準的な治療が困難な 固形癌におけるマイクロサテライト不安定性検査	乳癌におけるHER2 遺伝子検査 悪性骨軟部組織腫瘍におけるEWS-Fil1 遺伝子検査 悪性骨軟部組織腫瘍におけるTLS-CHOP遺伝子検査 悪性骨軟部組織腫瘍におけるSYT-SSX遺伝子検査 悪性黒色腫におけるBRAF遺伝子検査 悪性黒色腫におけるセンチネルリンパ節生検に係る遺伝子検査			
◎2項目	4000点	3項目	6000点	4項目以上	8000点

個別の遺伝子検査ごとではなく、臨床的な位置づけや検査技術に応じて類型化した評価体系となっています。
 同一がん種に対して同時に複数の遺伝子検査を実施する場合には、検査の項目数に応じた評価となります。
 患者から1回に採取した組織等を用いて同一がん種に対して、処理が容易なものとして処理が複雑なものを実施した場合は、それぞれの検査の項目数に応じた点数を合算した点数により算定できます。

■悪性腫瘍組織検査 処理が複雑なもの(●)

肺癌におけるBRAF遺伝子検査	悪性黒色腫におけるBRAF遺伝子検査(リアルタイムPCR法)	固形癌におけるNTRK融合遺伝子検査	
●2項目	8000点	3項目以上	12000点

個別の遺伝子検査ごとではなく、臨床的な位置づけや検査技術に応じて類型化した評価体系となっています。
 同一がん種に対して同時に複数の遺伝子検査を実施する場合には、検査の項目数に応じた評価となります。
 患者から1回に採取した組織等を用いて同一がん種に対して、処理が容易なものとして処理が複雑なものを実施した場合は、それぞれの検査の項目数に応じた点数を合算した点数により算定できます。

■出血・凝固検査(□)

Dダイマー定性 プラスミンインヒビター(アンチプラスミン) von Willebrand因子(VWF)活性 Dダイマー半定量 α ₂ -マクログロブリン PIVKA-II Dダイマー 凝固因子インヒビター von Willebrand因子(VWF)抗原	プラスミン・プラスミンインヒビター複合体(PIC) プロテインS活性 プロテインS抗原 β-トロンボグロブリン(β-TG) 血小板第4因子(PF ₄) プロトロンビンフラグメントF1+2 トロンビン・アンチトロンビン複合体(TAT) トロンボモジュリン フィブリンモノマー複合体	凝固因子(第Ⅱ因子、第Ⅴ因子、第Ⅶ因子、第Ⅷ因子、第Ⅸ因子、 第Ⅹ因子、第Ⅺ因子、第Ⅻ因子、第Ⅻ因子) プロテインC抗原 tPA・PAI-1複合体 プロテインC活性	
□3項目又は4項目	530点	5項目以上	722点

■血液化学検査(☆)

総ビリルビン 直接ビリルビン又は抱合型ビリルビン 総蛋白 アルブミン(BCP改良法・BCG法) 尿素窒素 クレアチニン 尿酸 アルカリホスファターゼ(ALP) コリンエステラーゼ(ChE) γ-グルタミルトランスフェラーゼ(γ-T) 中性脂肪 ナトリウム及びクロール カリウム カルシウム マグネシウム	クレアチン グルコース 乳酸デヒドロゲナーゼ(LD) アミラーゼ ロイシナムノペプチダーゼ(LAP) クレアチンキナーゼ(CK) アルドラーゼ 遊離コレステロール 鉄(Fe) 血中ケトン体・糖・クロール検査 (試験紙法・アンブル法・固定化酵素電極によるもの) 不飽和鉄結合能(UIBC)(比色法) 総鉄結合能(TIBC)(比色法) リン脂質 HDL-コレステロール	無機リン及びリン酸 総コレステロール アスパラギン酸アミノトランスフェラーゼ(AST) アラニンアミノトランスフェラーゼ(ALT) LDL-コレステロール 蛋白分画 銅(Cu) リパーゼ イオン化カルシウム マンガン(Mn)			
☆5項目以上7項目以下	93点	8項目又は9項目	99点	10項目以上	109点

■内分泌学的検査(△)

成長ホルモン(GH) 卵巣刺激ホルモン(FSH) C-ペプチド(CPR) 黄体形成ホルモン(LH) アルドステロン テストステロン 遊離サイロキシシン(FT ₄) 抗グルタミン酸デカルボキシラーゼ抗体(抗GAD抗体) 遊離トリヨードサイロニン(FT ₃) コルチゾール サイロキシシン結合グロブリン(TBG) サイログロブリン 脳性ナ利尿ペプチド(BNP) サイロキシシン結合能(TBC) 脳性ナ利尿ペプチド前駆体N端フラグメント(NT-proBNP) カルシトニン ヒト胎盤性ラクトゲン(HPL) ヒト絨毛性ゴナドトロピン(HCG)定量 ヒト絨毛性ゴナドトロピン-βサブユニット(HCG-β) ヒト絨毛性ゴナドトロピン(HCG)半定量 グルカゴン	I型コラーゲン架橋N-テロペプチド(NTX) 酒石酸抵抗性酸ホスファターゼ(TRACP-5b) プロゲステロン 骨型アルカリホスファターゼ(BAP) 遊離テストステロン 低カルボキシ化オステオカルシン(ucOC) インタクトI型プロコラーゲン-N-テロペプチド(Intact PINP) オステオカルシン(OC) I型コラーゲン架橋C-テロペプチド-β異性体(β-CTX)(尿) セクレチン 低単位ヒト絨毛性ゴナドトロピン(HCG)半定量 I型コラーゲン架橋C-テロペプチド-β異性体(β-CTX) I型プロコラーゲン-N-テロペプチド(PINP) サイクリックAMP(cAMP) エストリオール(E ₃) エストロゲン半定量 エストロゲン定量 副甲状腺ホルモン関連蛋白C端フラグメント(C-PTHrP) 副甲状腺ホルモン(PTH) カテコールアミン分画 デヒドロエピアンドロステロン硫酸抱合体(DHEA-S)	エストラジオール(E ₂) 副甲状腺ホルモン関連蛋白(PTHrP) デオキシピリジノリン(DPD)(尿) 17-ケトジェニックスステロイド(17-KGS) 副腎皮質刺激ホルモン(ACTH) カテコールアミン 17-ケトステロイド分画(17-KS分画) エリスロポエチン 17α-ヒドロキシプロゲステロン(17α-OHP) 抗IA-2抗体 プレグナンジオール 17-ケトジェニックスステロイド分画(17-KGS分画) メタネフリン 心房性ナ利尿ペプチド(ANP) メタネフリン・ノルメタネフリン分画 ソマトメジンC 抗利尿ホルモン(ADH) プレグナントリオール ノルメタネフリン インスリン様成長因子結合蛋白3型(IGFBP-3) 遊離メタネフリン・遊離ノルメタネフリン分画
--	---	---

△3項目以上5項目以下 410点 6項目又は7項目 623点 8項目以上 900点

■腫瘍マーカー(○)

癌胎児性抗原(CEA) α-フェトプロテイン(AFP) 組織ポリペプチド抗原(TPA) 扁平上皮癌関連抗原(SCC抗原) DUPAN-2 NCC-ST-439 CA15-3 エラスターゼ1 前立腺特異抗原(PSA) CA19-9 CA72-4 SPan-1 シアリルTn抗原(STN) 神経特異エノラーゼ(NSE) 塩基性フェトプロテイン(BFP) PIVKA-II半定量	PIVKA-II定量 核マトリックスプロテイン 22(NMP22)定量(尿) シアリルLe ^x -i抗原(SLX) CA125 核マトリックスプロテイン 22(NMP22)定性(尿) サイトケラチン8・18(尿) 遊離型PSA比(PSA F/T比) BCA225 抗p53抗体 シアリルLe ^x 抗原(CSLEX) I型コラーゲン-C-テロペプチド(ICTP) サイトケラチン19フラグメント(シフラ) ガストリン放出ペプチド前駆体(ProGRP) CA54/61 癌関連ガラクトース転移酵素(GAT) CA602 α-フェトプロテインレクチン分画(AFP-L3%)	γ-セミノプロテイン(γ-Sm) ヒト精巢上体蛋白4(HE4) 可溶性メソテリン関連ペプチド 癌胎児性抗原(CEA)定性(乳頭分泌液) 癌胎児性抗原(CEA)半定量(乳頭分泌液) HER2蛋白 可溶性インターロイキン-2レセプター(sIL-2R)
---	---	---

○2項目 230点 3項目 290点 4項目以上 408点

■肝炎ウイルス関連検査(◇)

HBs抗原 HBs抗体 HBe抗原 HBe抗体 HCV抗体定性・定量 HCVコア蛋白 HBc抗体半定量・定量 HA-IgM抗体	HA抗体 HBc-IgM抗体 HCVコア抗体 HCV構造蛋白及び非構造蛋白抗体定性 HCV構造蛋白及び非構造蛋白抗体半定量 HE-IgA抗体定性 HCV血清群別判定 HBVコア関連抗原(HBcrAg)	デルタ肝炎ウイルス抗体 HCV特異抗体価 HBVジェノタイプ判定
--	---	--

◇3項目 290点 4項目 360点 5項目以上 438点

■自己抗体検査(★)

抗Jo-1抗体定性 抗Jo-1抗体半定量 抗Jo-1抗体定量 抗サイログロブリン抗体 抗甲状腺ペルオキシダーゼ抗体 抗RNP抗体定性 抗RNP抗体半定量 抗RNP抗体定量	抗Sm抗体定性 抗Sm抗体半定量 抗Sm抗体定量 抗SS-B/La抗体定性 抗SS-B/La抗体半定量 抗SS-B/La抗体定量 抗Scl-70抗体定性 抗Scl-70抗体半定量 抗Scl-70抗体定量	抗SS-A/Ro抗体定性 抗SS-A/Ro抗体半定量 抗SS-A/Ro抗体定量 C ₁ q結合免疫複合体 抗RNAポリメラーゼⅢ抗体 抗ARS抗体 抗MDA5抗体 抗TIF1-γ抗体 抗Mi-2抗体
--	---	--

★2項目 320点 3項目以上 490点