

当案内及び過去に発行した案内は弊社ウェブサイト(<http://www.medience.co.jp/>)よりPDF形式にてダウンロードできます。

## 「薬剤によるリンパ球幼若化試験(LST)」 専用依頼書運用のお知らせ

拝啓 時下益々ご清栄のこととお慶び申し上げます。

平素は格別のお引き立てをいただき、厚くお礼申し上げます。

さて、弊社ではリンパ球幼若化試験(LST)をご依頼の際に、依頼薬物に規制薬物(麻薬、向精神薬、覚せい剤)が含まれていないことをご確認の上、ご署名をお願いしております。

この度、担当医師または薬剤師の署名欄を設けた“専用依頼書”での運用を開始させていただくことになりましたので、取り急ぎご案内致します。

本検査をご依頼の際は、薬剤の商品名を記入し、必ず担当医師または薬剤師のご署名をいただきますようお願い申し上げます。

万が一、ご署名のない場合は、検体を受領できませんので予めご了承願います。

お手数をお掛けいたしますが、ご了承賜りますよう宜しくお願い申し上げます。

敬具

### 記

#### 対象依頼書

- 薬剤によるリンパ球幼若化試験(LST)依頼書

#### 主な特徴

- 別掲の「見本」をご参照下さい。

#### 運用期日

- 平成20年7月11日(金)受付日より運用開始  
詳細につきましては、弊社担当者にご確認下さい。

# リンパ球幼若化試験(LST)依頼書

( ) 殿 患者ID _____ 氏名 _____ カタカナ _____ 生年月日 _____ 年齢 _____ 才 カルテNo. _____		提出日 月 日 採取日 月 日 採取時間 時 分 TEL FAX 電話連絡 TEL/FAX その他検査項目/備考	三菱化学メディエンス 薬剤によるリンパ球幼若化試験(LST) 検査依頼書 貴院控 受領印 ボールペンで強くご記入下さい。 ・検査項目及び属性等の <input type="checkbox"/> 枠内に <input checked="" type="checkbox"/> でご指示 下さい。 注：材料欄にはご提出材料の本数を ご記入下さい。
科名	階数	病棟	
拒否	性別	入院	入院

## 薬剤によるリンパ球幼若化試験(LST)専用依頼書

- ご依頼にあたって
- 「麻薬及び向精神薬取締法」第一章第二節及び第三章第二節により禁止または規制を受けている薬物及び「覚せい剤取締法」第3章及び別表に掲げられている薬物の受託はできません。
  - 規制薬物が含まれていないことを確認頂き、下段にご署名をお願いします。

① ヘパリン 加血液	② 保存液 加血液	③ 気管支肺 胞洗浄液 (BALF)	④ その他	・ 副 材 料 ・	⑤ LST用 ヘパリン 加血液	⑥ LST用 ヘパリン 血漿
------------------	-----------------	-----------------------------	----------	-----------------------	--------------------------	-------------------------

ご提出の検査材料をそれぞれご記入下さい。

優先順位	薬剤名 (商品名でご記入下さい)	該当の剤型に○印で囲んで下さい	提出個数
<input checked="" type="checkbox"/>	1 薬剤①	錠剤・粉末・注射剤・液体製剤・その他	個
<input checked="" type="checkbox"/>	2 薬剤②	錠剤・粉末・注射剤・液体製剤・その他	個
<input checked="" type="checkbox"/>	3 薬剤③	錠剤・粉末・注射剤・液体製剤・その他	個
<input checked="" type="checkbox"/>	4 薬剤④	錠剤・粉末・注射剤・液体製剤・その他	個
<input checked="" type="checkbox"/>	5 薬剤⑤	錠剤・粉末・注射剤・液体製剤・その他	個
<input checked="" type="checkbox"/>	6 薬剤⑥	錠剤・粉末・注射剤・液体製剤・その他	個
<input checked="" type="checkbox"/>	7 薬剤⑦	錠剤・粉末・注射剤・液体製剤・その他	個
<input checked="" type="checkbox"/>	8 薬剤⑧	錠剤・粉末・注射剤・液体製剤・その他	個

薬剤名は商品名でご記入下さい。  
また、ご提出いただきました薬剤の剤型と個数も併せてご記入下さい。  
注) 検査に必要なリンパ球が得られない場合は、優先順に検査を実施致します。

検査に必要なリンパ球数が得られない場合、優先順に実施致します。

- 注意
- 検査の受託は月～金曜日になります。土曜日ならびに休日前日は受託できません。
  - ご依頼に際しましては、保存液加血液15mlまたはヘパリン加血液15mlをご提出下さい。また、1薬剤追加ごとにヘパリン加血液では5mlを、保存液加血液では6mlを、それぞれ追加してご提出下さい。白血球数が3,000/μl以下の場合は、倍量採血し、ご提出下さい。※ヘパリン加血液のご提出は、3時間以内に検査室搬入可能な場合に限りです。
  - 保存液入り採血管にてご提出の場合は、1薬剤につきヘパリン血漿1mlまたはヘパリン加血液2mlを併せてご提出下さい。
  - 検体と同時に1回投与量の薬剤をご提出下さい。薬剤が粉末のものは粉末を、脂溶性薬剤でも粉末があるものは粉末を、座薬、シロップ剤で粉末またはカプセルのあるものは粉末またはカプセルをご提出下さい。依頼書には、薬剤の剤型と提出個数も合わせてご記入下さい。

※本検査は、下段に担当医師または薬剤師のご署名がない場合は受託致しかねますので、予めご了承下さい。  
薬剤によるリンパ球幼若化試験(LST)の依頼に当たり、法令により規制を受けている薬剤は含まれていません。  
ご署名  
(医師又は薬剤師) \_\_\_\_\_

【担当医師・薬剤師署名欄】  
ご依頼に際しては、担当医師または薬剤師のご署名をお願い致します。ご署名がない場合は、受託致しかねますので、予めご了承下さい。