

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)」 専用依頼書改訂のお知らせ

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。

さてこの度、下記項目の規制薬剤の検体受領について、向精神薬の検査受託が可能となりましたことは既にご案内 (information 09-19) 申し上げましたが、「LST専用依頼書」を別掲の通り改訂させていただきますので、取り急ぎご案内申し上げます。

本改訂は、向精神薬の授受に関して記録を取る事が義務付けられたことから、その旨を記載出来るよう記入欄を新設いたしました。向精神薬をご依頼の際は、新設した向精神薬記入欄にチェックの上、ご提出いただきますようお願い致します。

何卒ご理解とご協力を賜りますよう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)専用依頼書

改訂内容

- 別掲の「見本」をご参照下さい。

運用期日

- 改訂版「LST専用依頼書」お届け以降順次。
詳細につきましては、弊社担当者にご確認下さい。

薬剤によるリンパ球幼若化試験(LST)専用依頼書

() 殿

患者ID _____

氏名
カタカナ _____

生年月日 _____ 年齢 _____ 才

カルテNo. _____

科名	階数	病棟
拒否	性別	入院
	男性	入院
	女性	外来

提出日 _____ 月 _____ 日

採取日 _____ 月 _____ 日

採取時間 _____ 時 _____ 分

TEL _____ FAX _____

TEL/FAX _____

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
枠内に 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。

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」第一章第二節および「覚せい剤取締法」第3章および別表に掲げられて規制を受けている**麻薬、覚せい剤の受託はできません。**
※主な麻薬の一覧表は5枚目に添付してあります。
- 向精神薬は受託可能です。
1) 平成21年5月8日付「薬食発第0508003号」厚生労働省医薬食品局通知により6月1日より
2) 向精神薬をご依頼の際は、薬剤名記入欄の右側BOXにチェックして下さい。
- 麻薬、覚せい剤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	②	③	④	⑤	⑥
ヘパリン 加血液	保存液 加血液	気管支肺 洗浄液 (BALF)	その他	LST用 ヘパリン 加血液	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。

薬剤	薬剤名 (商品名でご記入下さい)	向精神薬 チェック	該当する剤型に○印で囲んで下さい	提出個数
<input checked="" type="checkbox"/>	1 薬剤①	<input checked="" type="checkbox"/>	錠剤・粉末・注射用剤・液体製剤・その他	個
<input checked="" type="checkbox"/>	2 薬剤②	<input checked="" type="checkbox"/>	錠剤・粉末・注射用剤・液体製剤・その他	個
<input checked="" type="checkbox"/>	3 薬剤③	<input checked="" type="checkbox"/>	錠剤・粉末・注射用剤・液体製剤・その他	個
<input checked="" type="checkbox"/>	4 薬剤④	<input checked="" type="checkbox"/>	錠剤・粉末・注射用剤・液体製剤・その他	個
<input checked="" type="checkbox"/>	5 薬剤⑤	<input checked="" type="checkbox"/>	錠剤・粉末・注射用剤・液体製剤・その他	個
<input checked="" type="checkbox"/>	6 薬剤⑥	<input checked="" type="checkbox"/>	錠剤・粉末・注射用剤・液体製剤・その他	個
<input checked="" type="checkbox"/>	7 薬剤⑦	<input checked="" type="checkbox"/>	錠剤・粉末・注射用剤・液体製剤・その他	個
<input checked="" type="checkbox"/>	8 薬剤⑧	<input checked="" type="checkbox"/>	錠剤・粉末・注射用剤・液体製剤・その他	個

【新設】
向精神薬の受領を記録として残すため、記入欄を新設しました。
向精神薬をご依頼の際は、必ずチェックして下さい。

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数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。

ご注意

- 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。
※ヘパリン加血液でのご提出は、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、麻薬、覚せい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、受託しかねますので、予めご了承下さい。

● 主な麻薬の一覧表(2009年4月現在)を5枚目に添付致しました。

● 実物の依頼書はA4サイズになります。