

平成 29 年 8 月

ラボコープ・ジャパン クアトロテスト専用依頼書変更のお知らせ

謹啓 時下ますますご清栄のこととお慶び申し上げます。

平素は格別のご愛顧を賜わり、厚く御礼申し上げます。

さて、この度、ラボコープ・ジャパンよりクアトロテスト専用依頼書変更の連絡がありましたので、下記のとおりお知らせ申し上げます。

敬白

記

■使用開始日 平成 29 年 9 月 19 日（火）お届け分より順次

※従来の依頼書もご使用できます。

■変更内容（裏面見本参照）

- 1) 依頼書名の下に「受託可能妊娠週数 15週 0 日～21週 6 日」を追記しました。
- 2) 分娩予定日欄の内容・レイアウトを変更しました。
- 3) 質問事項欄の内容・レイアウトを変更しました。

※文字の識別間違いを防ぐために楷書でのご記入をお願いいたします。

以上

*お問合せ先：029-837-2721 総合インフォメーション

2017-A-036

（裏面へ続く）



微研

株式
会社

江東微生物研究所

クアトロテスト™専用依頼書(Afp4®)

受託可能妊娠週数 15週0日~21週6日

記入例

カルテ (ID) No	
カタカナ 氏名	
生年月日	

※インプリンター等によるカード(患者用)のエンボス処理にご使用ください。

検査会社利用欄

項目コード Test Code	施設コード HP Code	施設名 Hospital
検査会社検体番号 Client Specimen #		

- 記入に際しては、以下に注意してください。
- 依頼書は4枚複写になっています。
 - ボールペン(黒)で強く記入してください。
 - 誤読されやすいローマ字にご注意ください。
a-o, t-f, g-q, i-j, r-n, v-y など

■検査依頼の際は、以下に注意してください。

- 受託可能妊娠週数は15週0日~21週6日です。
- 検体必要量は血清2ml(母体末梢血5ml)です。
- 浴血血清では、検査に入れない場合があります。
- 同一妊娠時にクアトロテストは一度しか検査できません。
- 血清検体は冷蔵で保存してください。

クアトロテスト™専用依頼書(Afp4®) 受託可能妊娠週数 15週0日~21週6日		検査会社利用欄 項目コード Test Code 施設コード HP Code 施設名 Hospital 検査会社検体番号 Client Specimen #	
病院内検体番号 Hospital ID# 111-222	病院名 Hospital Name ○○ Hospital	提出医師名 Physician Name 姓 Last Name SUZUKI 名 First Name TARO	
患者氏名 Patient Name 姓 Last Name TANAKA 名 First Name HANAKO	生年月日 DOB 01月 01日 1978年 MM DD YYYY	性別 Sex 女 Female	
臨床情報 Clinical Information			
1. 検体採取日 Date Drawn 01月 14日 2015年 MM DD YYYY		6. 妊娠前からインスリンまたは経口治療薬を必要とする糖尿病ですか。 Patient is Rx-dependent diabetic prior to pregnancy. <input checked="" type="checkbox"/> いいえ No / <input type="checkbox"/> はい Yes	
2. 分娩予定日 EDC date 2-1. 分娩予定日 EDC date EDC date 07月 04日 2015年 MM DD YYYY 分娩予定日決定方法: 下記から1つご選択ください。 EDC date by <input checked="" type="checkbox"/> 超音波 U/S <input type="checkbox"/> 最終月経 LMP <input type="checkbox"/> 体外受精 IVF <input type="checkbox"/> 医師判断 PE		7. ダウン症候群の子どもの妊娠歴・出産歴はありますか。 Previous Pregnancy/ Child with Down Syndrome <input checked="" type="checkbox"/> いいえ No / <input type="checkbox"/> はい Yes	
2-2 <input type="checkbox"/> 自然妊娠 Natural Conception <input type="checkbox"/> 新鮮胚利用 Fresh Embryo <input checked="" type="checkbox"/> 融解胚利用 Freezing and Thawing Embryo <input type="checkbox"/> 提供卵子利用 Donated Ova 採卵時の年齢を下記にご記入ください。 35才 / 07か月 / Yrs. Mo Donor's Age at Oocyte Retrieval (弊社記入欄: Age at term _____ Yrs)		8. 下記の神経管欠損症の家族歴はありますか。 Family History of NTD 無脳症 Anencephaly 開放性二分脊椎 OSB 神経管欠損を伴う閉鎖型二分脊椎 CSB w/ NT Involvement 神経管欠損を伴う水頭症 Hydrocephalus w/ NT Involvement 脳ヘルニア Encephalocele <input checked="" type="checkbox"/> いいえ No / <input type="checkbox"/> はい Yes	
3. 母体重 Weight 55 kg		[はいの場合、患者との関係をご記入ください。] 患者との関係 <input type="checkbox"/> 患者本人 Patient Himself <input type="checkbox"/> 夫 Husband of Patient <input type="checkbox"/> 患者の親 Mother or Father of Patient <input type="checkbox"/> 本人の兄弟 Siblings of Patient <input type="checkbox"/> 前児 Previous Child	
4. 胎児数 # of Fetuses <input checked="" type="checkbox"/> 単胎 1 / <input type="checkbox"/> 双胎 2 双胎の場合-ダウン症候群、18トリソミーの報告に制限があります。		5. 患者の人種 Ethnicity <input checked="" type="checkbox"/> 日本人 Japanese <input type="checkbox"/> 白人 Caucasian <input type="checkbox"/> アフリカ系アメリカ人 African American <input type="checkbox"/> その他 Other () ・国籍ではなく患者の人種を選択してください。 ・どの人種を選択すればよいのかわからない場合は、その他にチェックし()に詳細をご記入ください。	
本検査の実施に際して、私は被検者に事前に十分な説明を行い、被検者自身の自由意志による同意(インフォームド・コンセント)を確認しました。 I attest that this patient has been informed about and has given consent for the test(s) I have ordered below under applicable law.			
(西暦) 2015年 1月 14日		担当医師氏名(自署): 鈴木 太郎	
本検査は、Laboratory Corporation of America® Holdings(米国)の子会社であるEsoletrix Genetic Laboratories, LLCで実施します。 検査に関するお問い合わせ先 ラボコープ・ジャパン合同会社 Tel.03-6226-0900			
ラボコープ・ジャパン 控		確認者名	受領者名