

薬剤によるリンパ球刺激試験(DLST) 検査依頼書の新設のお知らせ

謹啓 時下益々ご清栄のこととお慶び申し上げます。

平素は格別なご愛顧を賜り厚くお礼申し上げます。

この度、「薬剤によるリンパ球刺激試験(DLST)検査依頼書」を新設いたします。

今後、DLST検査のご依頼に際しては新設の依頼書をご利用いただきますようお願い申し上げます。

それに伴い「細胞性免疫検査依頼書(Lc-3)」から、薬剤によるリンパ球刺激試験(DLST)を除いた内容に改訂させていただくことになりましたのでお知らせいたします。

何卒宜しくご了承の程、お願い申し上げます。

謹白



● 専用依頼書新設のポイント

● 「薬剤によるリンパ球刺激試験(DLST)検査依頼書」の新設

「麻薬及び向精神薬取締法」第一章第二条および「覚醒剤取締法」第三章および別表に掲げられている規制対象薬剤の授受が禁止されております。また、向精神薬につきましても所定事項をご記入いただきますようお願い申し上げます。

〔ご署名のお願い〕

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いたします。
ご署名がない場合は受託いたしかねますので、予めご了承ください。

● 「細胞性免疫検査依頼書(Lc-3)」の改訂

上記依頼書の新設に伴い、薬剤によるリンパ球刺激試験(DLST)を除いた内容に改訂させていただきます。

変 更 日 2015年5月中旬より順次変更

裏面に続きます

株式会社 **ビー・エム・エル**

本 社：〒151-0051 東京都渋谷区千駄ヶ谷5-21-3

総合研究所：〒350-1101 埼玉県川越市の場1361-1

☎ 049(232)3131 FAX 049(232)3132

検査項目検索用
アプリ B-Book



Google play



Available on the
App Store



電子カルテはビー・エム・エル

Qualis
Medical Station

《新規 薬剤によるリンパ球刺激試験検査依頼書》

薬剤によるリンパ球刺激試験検査依頼書① (確認書)

患者名 患者コード

カルテID

氏名

生年月日

性別

年齢

内科 消化 小児 精神 外科 整形外科 皮膚科

年齢 20 年 月 日

診療科目

外来 入院

薬剤によるリンパ球刺激試験(DLST)専用依頼書

薬剤によるリンパ球刺激試験(DLST)ご依頼にあたって

ご依頼にあたっての注意事項

- 「麻薬及び向精神薬取締法」第一章第二条および「覚せい剤取締法」第三章および別表に掲げられている規制対象薬剤の受領はできません。
- 麻薬、覚せい剤が含まれていないことを確認いただき、下段にご署名をお願いします。ご署名のない場合は、受領致しかねます。

署名欄

「本検査へ添付する薬剤は、麻薬・覚せい剤ではありません。」

ご署名
(医師又は薬剤師)

チェック	薬名	薬名(商品名でご記入ください)	一回投与量	投与回数	該当する剤型に○印で囲んでください	検出回数	
<input type="checkbox"/>	1	4001 薬剤①			<input type="checkbox"/>	錠剤・粉末・注射剤・液体製剤・その他	個
<input type="checkbox"/>	2	4002 薬剤②			<input type="checkbox"/>	錠剤・粉末・注射剤・液体製剤・その他	個
<input type="checkbox"/>	3	4003 薬剤③			<input type="checkbox"/>	錠剤・粉末・注射剤・液体製剤・その他	個
<input type="checkbox"/>	4	4004 薬剤④			<input type="checkbox"/>	錠剤・粉末・注射剤・液体製剤・その他	個
<input type="checkbox"/>	5	4005 薬剤⑤			<input type="checkbox"/>	錠剤・粉末・注射剤・液体製剤・その他	個
<input type="checkbox"/>	6	4006 薬剤⑥			<input type="checkbox"/>	錠剤・粉末・注射剤・液体製剤・その他	個
<input type="checkbox"/>	7	4007 薬剤⑦			<input type="checkbox"/>	錠剤・粉末・注射剤・液体製剤・その他	個
<input type="checkbox"/>	8	4008 薬剤⑧			<input type="checkbox"/>	錠剤・粉末・注射剤・液体製剤・その他	個
<input type="checkbox"/>	9	4009 薬剤⑨			<input type="checkbox"/>	錠剤・粉末・注射剤・液体製剤・その他	個
<input type="checkbox"/>	10	4010 薬剤⑩			<input type="checkbox"/>	錠剤・粉末・注射剤・液体製剤・その他	個

●被疑薬がヘパリンの場合は、容器はB-29を使用し採血してください。
●使用薬剤を必ず添付し1回の投与量を必ずご記入ください。
●採取当日にご提出ください。休日前日の受付は不可となります。

ご注意

- 白血球数及びリンパ球数の少ない患者様については検体量を多めにご提出ください。規定量の全血(血液)をご提出いただいても回収細胞数が少ない場合、不足と報告させていただきます。白血球数及びリンパ球数がお分かりの場合には採血量を当社検査室にご相談ください。
- DLSTは10件以上の同時ご依頼の場合、1週間前までに最寄りの営業所へご連絡をお願いします。
- ご提出された薬剤は、検査使用後破棄致します。

BML 製ビーエムエル 400-00-018 154.10.000 ©

ご提出の薬剤に麻薬・覚醒剤が含まれないことをご確認のうえ、ご署名をお願いします。
ご署名がない場合は受領いたしかねます。

向精神薬の受領記録となりますので、ご提出の際はチェックと共に薬剤個数をご記入ください。

《改訂 細胞性免疫検査依頼書(Lc-3)》

細胞性免疫検査依頼書① Lc-3 (確認書)

患者名 患者コード

氏名

生年月日

性別

年齢

内科 消化 小児 精神 外科 整形外科 皮膚科

年齢 20 年 月 日

診療科目

外来 入院

リンパ球刺激

表面マーカー検査

その他検査

リンパ球刺激

表面マーカー検査

その他検査

リンパ球刺激

表面マーカー検査

その他検査

リンパ球刺激

表面マーカー検査

その他検査

BML 製ビーエムエル 400-00-018 154.10.000 ©

DLSTを除外して再配置しました。

●指定の検査項目に該当しない場合及びリンパ球数が正常値以下の検体については、必ず優先順位を優先順位欄にご記入ください。
●専用容器による採血を原則とします。
●検査当日にご提出ください。
●検査予約時間につきましては、ご依頼前に弊社営業所までご連絡ください。