



一般社団法人免疫診断研究所宛

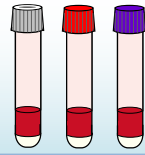
FAX 042-595-8867

QFT-3G 検査申し込み用紙(1)

検体の種類を選んで ○を付けて下さい		未培養	培養済 (依頼元で実施)	培養・遠心済 (依頼元で実施)
検査材料:血液	検査申込日:201 年 月 日		検体数: 検体	
採血年月日:201 年 月 日		採取時刻:午前 時 分, 午後 時 分		
施設/機関 の名称				
依頼者/担当者氏名				
電話番号				
FAX番号		(FAXでの結果を希望する場合に記載して下さい。文書の結果報告は通常通り行います。)		
メールアドレス		(メールでの結果を希望する場合に記載して下さい。文書の結果報告は通常通り行います。)		
備考				

下の該当する口にチェックマーク(レ)を付けて下さい

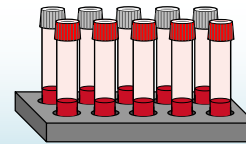
<input type="checkbox"/>	QFT-Gold+培養/遠心:クール宅急便(着払い) チルド搬送用の検体保管二次容器とチルド搬送箱をお送りしますので、事前のお問い合わせをお願い致します。
<input type="checkbox"/>	免疫診断研究所(RIID)による検体回収を希望
<input type="checkbox"/>	検査依頼元による搬入



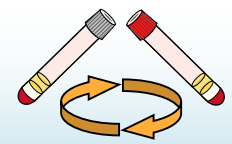
1名分:
採血管3本

採血量:
0.8~1.2mL

陰性 抗原 陽性



37°Cで16~24時間培養後
遠心しない場合、4°Cで3
日間安定



4°Cで15分間遠心した場合、
IFN-γは4°Cで4週間安定。

