



一般社団法人免疫診断研究所宛

FAX 042-595-8867

T-スポット.TB 検査申し込み用紙(1)

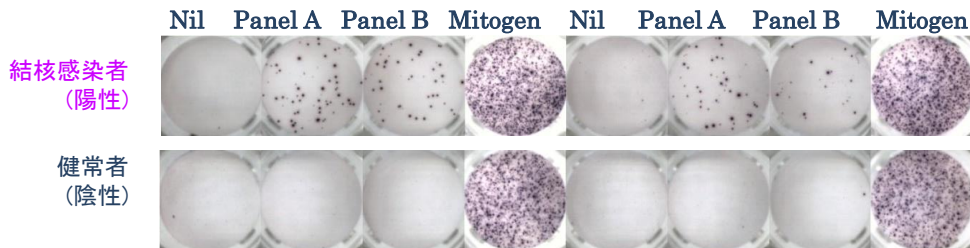
検査材料:血液	検査申込日:201 年 月 日	検体数: 検体
採血年月日:201 年 月 日	採取時刻:午前 時 分, 午後 時 分	
施設/機関 の名称		
依頼者/担当者氏名		
電話番号		
FAX番号	(FAXでの結果を希望する場合に記載して下さい。文書の結果報告は通常通り行います。)	
メールアドレス	(メールでの結果を希望する場合に記載して下さい。文書の結果報告は通常通り行います。)	
備考		

※RIIDではエンドキシンフリーのヘパリン採血管を推奨しております。お手持ちでない場合はお送りしますので御連絡下さい。

下の該当する□にチェックマーク(レ)を付けて下さい

<input type="checkbox"/>	採血後28~30時間以内に宅配便で搬入(着払いあり) 搬送用の温度管理箱、検体保管用二次容器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

T-スポット.TB検査結果の一例



抗凝固剤:ヘパリンナトリウム or ヘパリンリチウム

必要採血量

0歳~2歳未満:2ml
 2歳~9歳以下:4ml
 10歳以上:6ml

採血後の血液保管温度(搬送温度)

18~25°C

