

「薬剤によるリンパ球刺激試験 (DLST)」 専用依頼書改訂のお知らせ

謹啓 時下ますますご清栄のこととお喜び申し上げます。

平素は格別のご高配を賜り厚くお礼申し上げます。

このたび、薬剤によるリンパ球刺激試験 (DLST) 専用依頼書を裏面のとおり改訂させていただきますので、ご案内いたします。

麻薬および覚醒剤につきましては、「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として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いたうえでご提出ください。

何卒ご了承賜りますようお願い申し上げます。

敬 白

記

◆対象専用依頼書


薬剤によるリンパ球刺激試験 (DLST) 専用依頼書

◆改訂内容

裏面参照

薬剤によるリンパ球刺激試験 (DLST) 専用依頼書

新専用依頼書



氏名 (カタカナ) _____

カルテ No. _____

その他 No. _____

Dr. ID _____ 提出医 (カタカナ) _____

科名 (○で囲む)
内・1内・2内・3内
外・1外・2外・児
産婦・皮・泌・耳
鼻外・整・眼・循

入院・外来
病棟 _____

依頼 月 日 _____

採取 月 日 _____

採取 時 分 _____

薬剤によるリンパ球刺激試験 (DLST) (病院控1) 受領証

材料 血液

提出材料を
○で囲んで
下さい。

連絡事項が
ございましたら
右欄に
ご記入下さ
い。

コメント

薬剤によるリンパ球刺激試験 (DLST)

1 薬剤でヘパリン加 血液 12.0 l (1 薬剤増すごとに 5.0)

署名欄

「本検査へ添付する薬剤は、麻薬・覚醒剤ではありません」

ご署名 _____

薬剤名は優先順にご記入下さい。

優先 No.	依頼薬剤名	向精神薬	薬剤の種類 (チェックして下さい)
		チェック	
1		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 錠剤 <input type="checkbox"/> カプセル <input type="checkbox"/> 注射薬 <input type="checkbox"/> 粉末・顆粒 <input type="checkbox"/> その他()
2		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 錠剤 <input type="checkbox"/> カプセル <input type="checkbox"/> 注射薬 <input type="checkbox"/> 粉末・顆粒 <input type="checkbox"/> その他()
3		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 錠剤 <input type="checkbox"/> カプセル <input type="checkbox"/> 注射薬 <input type="checkbox"/> 粉末・顆粒 <input type="checkbox"/> その他()
4		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 錠剤 <input type="checkbox"/> カプセル <input type="checkbox"/> 注射薬 <input type="checkbox"/> 粉末・顆粒 <input type="checkbox"/> その他()
5		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 錠剤 <input type="checkbox"/> カプセル <input type="checkbox"/> 注射薬 <input type="checkbox"/> 粉末・顆粒 <input type="checkbox"/> その他()
6		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 錠剤 <input type="checkbox"/> カプセル <input type="checkbox"/> 注射薬 <input type="checkbox"/> 粉末・顆粒 <input type="checkbox"/> その他()
7		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 錠剤 <input type="checkbox"/> カプセル <input type="checkbox"/> 注射薬 <input type="checkbox"/> 粉末・顆粒 <input type="checkbox"/> その他()
8		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 錠剤 <input type="checkbox"/> カプセル <input type="checkbox"/> 注射薬 <input type="checkbox"/> 粉末・顆粒 <input type="checkbox"/> その他()
9		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 錠剤 <input type="checkbox"/> カプセル <input type="checkbox"/> 注射薬 <input type="checkbox"/> 粉末・顆粒 <input type="checkbox"/> その他()
10		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 錠剤 <input type="checkbox"/> カプセル <input type="checkbox"/> 注射薬 <input type="checkbox"/> 粉末・顆粒 <input type="checkbox"/> その他()
11		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 錠剤 <input type="checkbox"/> カプセル <input type="checkbox"/> 注射薬 <input type="checkbox"/> 粉末・顆粒 <input type="checkbox"/> その他()
12		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 錠剤 <input type="checkbox"/> カプセル <input type="checkbox"/> 注射薬 <input type="checkbox"/> 粉末・顆粒 <input type="checkbox"/> その他()

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受領はできません。
- 麻薬・覚醒剤が含まれていないことを確認いただき、ご署名をお願いいたします。ご署名のない場合は、受領致しかねます。
- 向精神薬については向精神薬欄にチェックと薬剤個数をお願いいたします。
- 血液と同時にご依頼薬剤もご提出下さい。
- 錠剤カプセルは1錠1カプセル(粉末は、1回量程度を目安にご提出下さい)。
- 皮内反応注射薬は内容量が少ない為検査には不相当ですので、治療用薬剤を提出して下さい。
- 検体は必ず室温(16℃～30℃)で保存して下さい。
- ヘパリンが起因薬剤と疑われる場合は、NK細胞活性専用容器(R)を使用し採血して下さい。

(補足事項)

- 検体量は1薬剤で血液12.0ml、1薬剤増ごとに血液5.0ml必要となります。
- 1薬剤では、検査時に500万個のリンパ球が必要です。上記の検体量はリンパ球の回収率と正常リンパ球数より求めたもので、場合により検査に必要なリンパ球数が得られず、検査不能となることがあります。目安として白血球数が3,000/mm³以下の場合は倍量程度を採血し、ご提出下さい。

(容器) 1.ヘパリン(10ml用緑色)

受領印 _____

ご依頼に際して、ご署名をお願いいたします。ご署名がない場合は、受領いたしかねますので予めご了承ください。

向精神薬の受領を記録として残すため、チェック欄を設けました。向精神薬をご依頼の際は、必ずチェック(レ印)をつけて、薬剤個数をご記入ください。

④お願い
4枚複写ですので強くご記入下さい。

薬剤名は優先順にご記入下さい。

●ご依頼にあたっての注意事項 (表中抜粋)

- 「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受領はできません。
- 麻薬・覚醒剤が含まれていないことを確認いただき、ご署名をお願いいたします。ご署名のない場合は、受領致しかねます。
- 向精神薬については向精神薬欄にチェックと薬剤個数をお願いいたします。