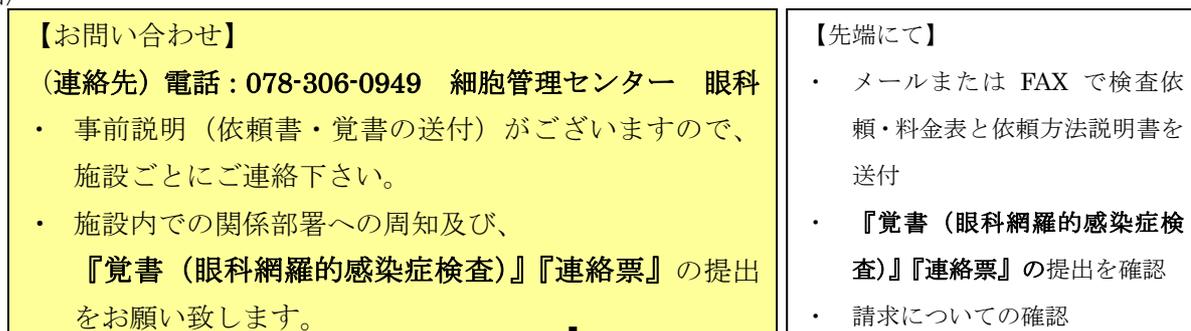
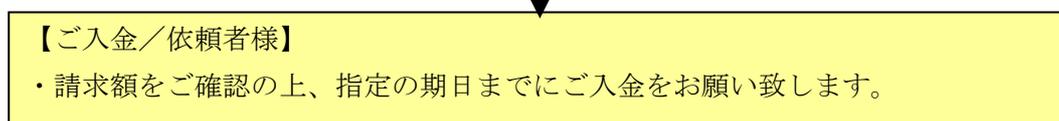
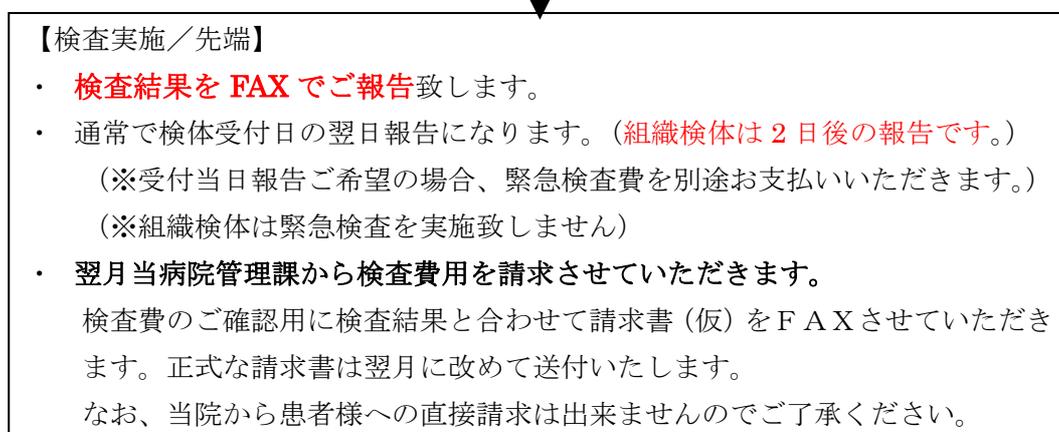
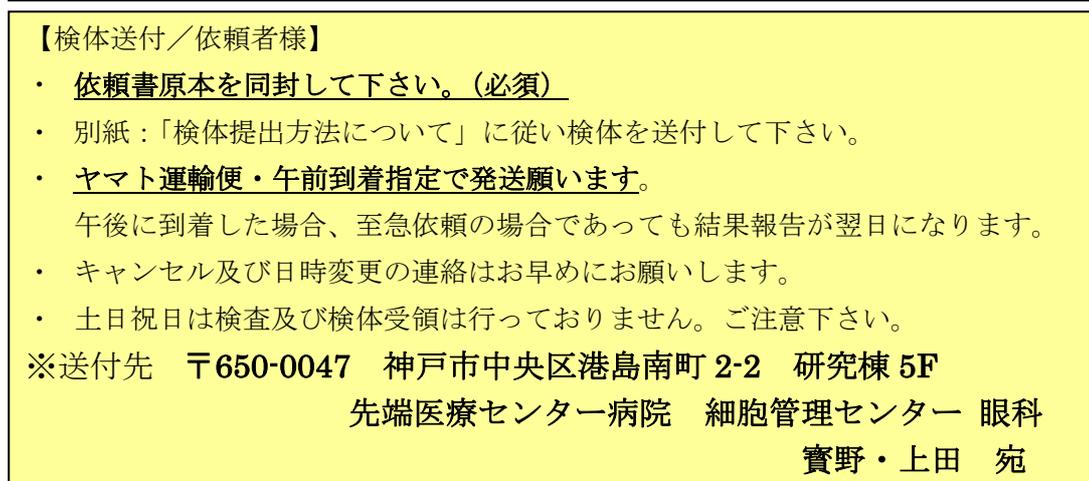
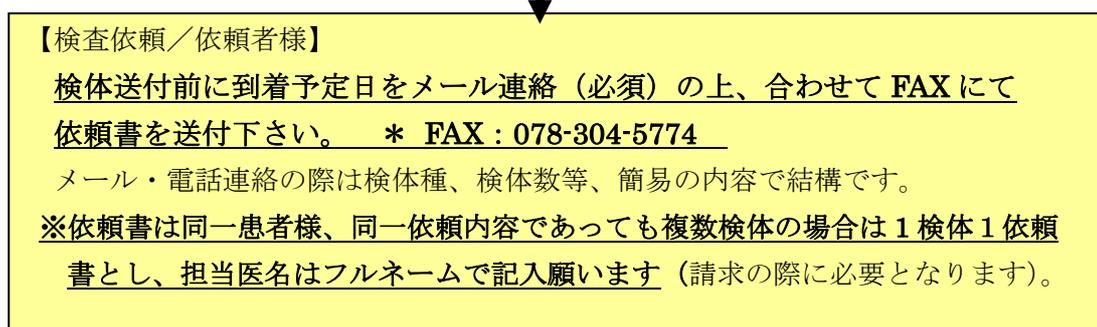


眼科網羅的感染症検査ご依頼の流れ（平成28年7月1日施行版）

〈初回〉



〈2回目以降の検査依頼〉



検体提出方法およびデータの取り扱いについて（重要）

【採取容器と検体】

- ・ 1. 5mL エッペンチューブ（清潔）、もしくはシリンジに三活をつけて送付して下さい。
 - ・ 検査員の針刺し事故を避けるため、針つきシリンジのままの送付はご遠慮ください。
 - ・ 目安としましては100 μ L程度（なるべく多く送付して下さい）
検体量が少ない場合、抽出が実施できない場合や多項目・再検査が実施できない場合があります。
検体量が微量な場合も可能な範囲で対応させていただきます。
DNA が取れていない場合でも実施項目の料金は頂戴いたします。
- ※ 原則、原液でお願い致します。希釈検体の場合はその旨お知らせ下さい（必須）。

【検体受付】

- ・ 検体の紛失を防止するため、検体到着日の事前連絡をお願いしています。
(事前連絡のない場合、スタッフ不在のため、検体受付ができない場合がございます。)
- ・ 試薬や人員に限りがありますので、一度に大量の検体数を依頼されるような場合は結果報告までにお時間を頂くことになります。そのような場合は緊急性のある方や通常検査が優先的に行われる事をご了承下さい。
- ・ 研修や気象悪化による交通トラブルにより、検体受付ができない場合がございます事をご了承下さい。

【発送方法】

☆検体紛失を防止するため、郵便ではなく『宅急便（ヤマト運輸）』のご利用をお願いします。

☆午前着指定にてお願いします。

※午前到着指定にされていても交通状況により午後に到着する場合があります、午後到着の場合検査を翌日以降に実施することになります（午前中に到着しない場合、電話連絡を致します）。

<新鮮検体>保冷剤を入れてクール便（冷蔵）で送付して下さい。凍結融解を繰り返し行ったものや常温で長時間保存されていた検体は抗原 DNA が検出できない場合があります。

長期保存される場合は冷凍保存していただき、送付される際も冷凍便でお願いします。

【注意事項】

検体によって、ウイルスや菌類・抗原 DNA が検出できない場合があります。

以下の事例にご注意下さい。

- ・ 投薬、治療開始後の検体
- ・ 採取から受領までに時間を要した検体や適切な保存がされていなかった検体
- ・ 前房中の炎症が軽い前房水（特に免疫不全の方）、微量の涙液や角膜擦過物

【危険性の事前連絡】

特に取り扱いに注意が必要な感染性（HIV 等）の罹患が事前に分かっている場合はお知らせ下さい。

【データの取り扱い】

本試験は東京医科歯科大学難治疾患研究所ウイルス治療学の清水則夫准教授らが開発された網羅的ウイ

ルス検査法を利用して頂いております。つきましては、検査法及び検査結果の学会等、公への発表の際は内容を精査させて頂く必要がありますので、必ず事前にご連絡下さい。

【その他、確認のお願い】

- ・当センターで実施しております眼科網羅的感染症検査は、検査結果と疾患との相関を調査し実用性を検証している段階です。検査キットは薬事法で承認されたものではありません。
検査結果をもとに治療を行われる際は、医師の責任の下行って下さい。
- ・検査を実施する際は、必ず、貴施設での保険外委託検査として患者様への説明と同意を行って下さい。
- ・本検査は営利目的では行っておりません。事前説明と『覚書（眼科網羅的感染症検査）』『連絡票』の提出が必要ですので、他施設にご紹介頂く際には依頼・料金表は出さないようお願いいたします。
また 患者さんへの費用の請求は行わないでください。
- ・送付頂いた検体は基本的に検査終了と同時に廃棄します。また、検査に使用した DNA の保存期間は1年間です。それ以降の再検査及び DNA 検体の返却は保障いたしかねます。また、DNA の残量によってはご希望に沿えない場合があります。

上記内容をご確認頂き、『覚書（眼科網羅的感染症検査）』『連絡票』を提出して頂いた上で検査依頼をお引き受けする形式を取っております。担当科または施設内で、上記内容の周知徹底をお願い致します。

※他、不明な点がございましたら、送付前にお問い合わせ下さい。

<お問い合わせ先>

・検査に関する問い合わせ先

先端医療センター病院 細胞管理センター 眼科 寶野 阿佑美、上田 知永

電話：078-306-0949 FAX：078-304-5774 E-mail: oph-pcrtest@fbri.org

・検査費用請求に関する問い合わせ先

先端医療センター病院 病院管理課 田中 由美

電話：078-304-5200（代表） FAX：078-304-5990 E-mail: tana-y@fbri.org

・治療に関するご相談

先端医療センター病院 眼科（非常勤） 医師 杉田 直

E-mail: sunaoph@fbri.org

【検査費用のお支払について】

検査の実施には、『覚書（眼科網羅的感染症検査）』が必要となります
（施設毎に提出をお願い致します。）

検査に掛かりました費用は月締めでまとめて翌月にご請求致します。

請求書は、施設毎（もしくは診療科毎）の発行とさせていただきます。

請求先等について、別紙『連絡票（眼科網羅的感染症検査 検査料 請求先等）』の提出をお願いします。
初回検査依頼時に、『覚書（眼科網羅的感染症検査）』とともにご提出下さい。

※ 当院から患者様への直接請求は出来ませんのでご了承ください。

年 月 日

初回提出 月検査分

連 絡 票

(眼科網羅的感染症検査 検査料 請求先等)

施設名 : _____

(診療科名 : _____)

<請求書 宛名>

宛 名	
-----	--

<請求書 送付先>

住 所	〒
施 設 名	
担当部署	
担当者氏名	

<入金に関する問い合わせ担当者>

担当部署	
担当者氏名	
電話番号	
FAX 番号	
E-mail	

※ 初回検査依頼時に提出をお願いします。

請求書宛名変更をご希望の際は、都度、ご提出をお願いします。