



標本作製依頼書

本依頼書と検体を一緒にして送ってください。
破損を防ぐため十分な梱包をお願いいたします。
破損があった場合には依頼に応じられない場合があります。

〒650-0017
神戸市中央区楠町7丁目5-2
Tel. 078-382-6474 (病理部)

貴施設標本番号			
臓器名		固定液	<input type="checkbox"/> ホルマリン (%) <input type="checkbox"/> 緩衝ホルマリン <input type="checkbox"/> その他 ()
提出検体種類	<input type="checkbox"/> 凍結 個 <input type="checkbox"/> 固定材料 個 <input type="checkbox"/> ブロック (返却の必要 あり・なし) 個 <input type="checkbox"/> 未染 (コーティングガラス: yes・no) 枚		

※免疫染色にはコーティングガラスが必要です。その種類によっては染色不良となる場合がありますが、その際には連絡申し上げます。

診断、目的

依頼内容

未染色標本でのご依頼の際は、可能であれば予備分もご送付ください。

料金見積り 必要 ・ 不必要

※必要に○をされた場合は、料金の確認ののちに工程を開始します

※当センター使用欄

工程	枚数	小計
ブロック作製	個	円
薄切	2枚目以降のみ	円
	枚×ブロック 個=	
	合計 枚	
HE染色	枚	円
基本特殊染色	枚	円
その他の特殊染色	枚	円
免疫染色	枚	円
免疫染色 (ホルモンレセプター)	枚	円
免疫染色 (HER2)	枚	円
免疫染色 (EGFR)	枚	円
免疫二重染色	枚	円
EBER-ISH	枚	円
透過型電子顕微鏡標本作製および写真撮影		円

- 当センターでは十分な精度管理を行っておりますが、技術的限界により偽陽性、偽陰性、非特異反応などが発生することがありますのでご注意ください。
不良結果が出た場合、再染色などで検討いたしますが、検体の状態や抗体によっては望ましい結果をお渡しできない場合がありますことをご了承ください。
- 当センターでは一部を除き研究用試薬・抗体を用いています。また、本センターの免疫染色によって生じた損害について、一切責任を負いません。
- 当センターが保有していない抗体に関しても、抗体を供与していただければ染色が可能な場合があります。

御住所	〒 電話番号 () (内線:)		
貴施設名		部署	
依頼者		備考	
請求先	〒 電話番号 () (内線:)		
請求先宛名		備考	