

2020年4月

お得意様各位

株式会社コスミックコーポレーション

営業部

〒112-0002 東京都文京区小石川 2-7-3 富坂ビル

電話 03-5802-5971



## 受託測定に関する、新型コロナウイルス感染症流行に伴うご依頼ならびにご連絡

拝啓 時下益々ご清祥の事と、お慶び申し上げます。平素より弊社受託測定サービスをご利用いただきまして、誠にありがとうございます。

昨今の新型コロナウイルス感染症の蔓延に伴い、受託測定の検体の提出方法についてお願いがございます。また、弊社にて新型コロナウイルス感染者が出た場合の対応につきましてもご連絡申し上げます。

ご迷惑をお掛け致して大変申し訳ございませんが、何卒ご理解賜りますようお願い申し上げます。

敬具

### 記

#### 【受託測定の検体提出方法についてのご依頼】

今後の状況により、弊社にて検体の受け取りができず、検体が貴施設へ返却されてしまう可能性がございます。その際、数日間は輸送会社での保管となるため、適切な温度管理の保証がございません。

そのような場合は検査ができない可能性がございますので、必要量以上の検体は送付せず、可能であれば残検体は貴施設にて保管していただくようお願いいたします。検査に必要な量につきましては弊社HPに掲載しておりますのでご確認ください。

#### 【弊社にて新型コロナウイルス感染者が出た場合の対応についてのご連絡】

万全の対策を講じておりますが、弊社において新型コロナウイルス感染者が出た場合、保健所の指導に基づき休業せざるを得ない可能性がございます。その際、すでに受付済の検体につきましては弊社にて保管し、業務再開後に測定いたします。なお、ご案内している報告所要日数が大幅に長くなることが予想されます。受付済の検体につきましては順次、検査結果の納期について改めて相談させていただきます。

また、休業中に届く検体は、受け取りができず貴施設へ返却されてしまう可能性がございます。業務再開後、貴施設にて保管して頂いている検体をご送付ください。業務再開につきましては弊社HPにてご案内いたします。

以上

# 検査依頼書 兼 検体受領書 【 壊死性ミオパチー関連自己抗体 】

**必要事項にご記入の上、検体( 血清100 $\mu$ L )に同封して送付ください。**

\* 検体の到着は平日(月曜日～金曜日)の午前中指定でお願いします。

## 【ご依頼者様情報】

\* 報告書のお宛名に使用させていただきます。検体の受領書を送付しますので、必ずFAX、E-Mailを記載して下さい。

ご施設名	ご住所
ご所属	TEL <span style="float: right;">/ FAX</span>
お名前	E-Mail

## 【検査項目名】

\* ご希望の検査項目欄にチェック(レ)し、検体番号を記載してください。

検査項目名	測定依頼数	検体によって測定項目が異なる場合、それぞれ患者IDを記載して下さい
1 <input type="checkbox"/> 抗SRP抗体	件	
2 <input type="checkbox"/> 抗HMGR抗体	件	
3 <input type="checkbox"/> 抗SRP抗体 + 抗HMGR抗体	件	
4 <input type="checkbox"/>	件	
5 <input type="checkbox"/>	件	

## 【患者情報】

\* 検体の取違い防止のために、下記事項の記載をお願いいたします。

検体番号	患者ID(検体容器にも必ず記載して下さい)	性別	年齢	採取年月日:	検体の種類・本数
1		男・女			
2		男・女			
3		男・女			
4		男・女			
5		男・女			
6		男・女			

## 【検体の確認】 ※合計本数を記載し、保存状態を確認してください。

＜委託検体数＞			
保存状態	本数	保存状態の異常の有無	依頼年月日
凍結(-10℃以下)		有・無	年 月 日
			発送者

### 《注意事項》

\* 本依頼書件、受領書に記載されている個人・患者情報は本測定以外には使用いたしません。

\* お預かりした検体は、検査終了後に廃棄いたします。

＜検体送付先・お問い合わせ先＞

株式会社コスミックコーポレーション 営業部  
〒112-0002 東京都文京区小石川2-7-3 富坂ビル  
TEL: 03-5802-5971 Mail: cc@cosmic-jpn.co.jp

下記は弊社記入欄のため記入しないでください。

## 【検体受領書】

ご依頼いただいた検体につきまして、(株)コスミックコーポレーションにて受領致しました。

受領検体:	血清 ( 本 ) ・ その他 ( ) ( 本 )
備考	
検体受領日	年 月 日
	検体受領者

検査依頼書No.