

# 検査依頼書

(※必ず裏面もご記入下さい)

黄色箇所をご記入下さい

ご依頼日: 年 月 日

## 依頼者様情報

ふりがな			
お名前			
ご住所	〒		
TEL		E-mail	

結果報告書・請求書送付先 ※上記住所と同じ場合は空欄で結構です

ご住所	〒		

ご担当者名:

## 確認事項

検査をご依頼頂く場合は、必ずチェックボックスに✓をご記入ください。

 下記を読み、理解・同意した上で本検査を依頼します。

- SARS-CoV-2 変異株抗体検査サービス（以下、本検査）は研究用であり、診断等の目的ではご利用いただけません。
- 本検査は医療機関・法人向けの研究サービスであり、一般の方が個人で受けることはできません。
- 本検査をご依頼頂く場合は、必ず事前に受検者全員にこの確認事項を説明の上、検査を受けることの同意を得てください。また検体に感染性等の安全上の問題がないことをよくご確認ください。
- 弊社に検体到着後、約2～4週間後に指定された住所へ結果報告書を送付いたします。各月1日～15日に弊社へ到着した検体の結果は当月末までに、16日～月末に弊社へ到着した検体の結果は翌月15日までにお返します。ただし検体の状態、年末年始やゴールデンウィーク等の長期の休日付近、また甚大なる自然災害等の発生時などの場合は、報告が遅れることがあります。
- 本検査は米国 Meso Scale Discovery（以下MSD）社製のECLイメージャー（QuickPlex SQ 120）および各種キットを使用してSARS-CoV-2に対するヒト血清中のIgG抗体および中和抗体（ACE2結合阻害活性として）を測定するものです。
- 本検査は、キットメーカー推奨のプロトコルに従って得られた結果を返却するものであり、結果の有用性、目的適合性等を保証するものではありません。また弊社は使用するキットの性能・信頼性等を保証しておらず、検査の精度には限界があることをご理解ください。
- 複数プレートに跨る検体や、使用するキットのLotが異なる場合にはデータを正確に比較できないことがあります。
- 発光強度が検量線上限を超過したとしてもそのままの値を報告いたします。また発光強度が検出限界未満の場合はIgG抗体については「不検出」、中和抗体の場合は「100%」として報告いたします。
- 発光強度が機器の測定検出域の上限を超えるような非常に強いSpot（アナライト）がある場合、当該Spotを含め、同一Well内の他のSpotも正確に測定できない場合がございます。機器の測定検出域の上限は目安として $5 \times 10^5 \sim 2 \times 10^6$  Countとなります（アナライトにより変動）。
- 本検査が原因となって生じた損失・損害等について弊社はいかなる責任も負いかねます。
- 提出頂いた検体が弊社の定める基準を満たさず、検査不能と判断される場合は、再採取をお願いする場合がございます。なお検査後の検体は返却いたしかねます。
- 弊社は本検査サービスの精度の向上および今後の発展のために、利用者の検査データを個人が特定されないよう匿名化した上で、研究データとして使用および公表することがあります。またこれらの結果として生じたノウハウ、特許権その他一切の権利は弊社に帰属します。
- 検査にあたって提供頂いた個人情報、弊社の個人情報保護方針（弊社HP掲載）に基づき、細心の注意を払って保管します。個人情報の訂正または削除については、ご依頼に応じ、適切に対応させていただきます。
- 本検査の結果について弊社より医学的アドバイスやコメントをすることはできませんので予めご了承ください。

検査手順 ※詳細は別紙「検査手順書」をご参照下さい。

- 検査依頼書の黄色箇所に記入（必ず裏面も記入）。
- 血清を1ml以上採取し、凍結。
- 凍結した血清と検査依頼書を免疫分析研究センターへ送付。
- 2～4週間後に結果報告書を受取り。

## お問合せ先

TEL/FAX : 086-286-9333

Email : info@menekibunseki.com



免疫分析研究センター株式会社  
Research Center for Immunological Analysis, Inc

## 検査項目

本検査は【A】～【C】の3種類の検査セットがあります。

### 【A】IgG抗体 10 種（変異株 9 種 + 武漢株）

※価格についてはお問合せ下さい

一般名	武漢	英国	ブラジル		インド				南アフリカ	米国ニューヨーク
WHOラベル	-	α(アルファ)	γ(ガンマ)	ζ(ゼータ)	δ(デルタ)	κ(カッパ)	-	-	β(ベータ)	-
Pango系統名	A	B.1.1.7	P.1	P.2	B.1.617.2	B.1.617.1	B.1.617.3	B.1.617	B.1.351	B.1.526.1

(MSD社製 V-PLEX SARS-CoV-2 Panel 13 (IgG) Kit 使用)

### 【B】中和抗体 10 種（変異株 9 種 + 武漢株）

※価格についてはお問合せ下さい

一般名	武漢	英国	ブラジル		インド				南アフリカ	米国ニューヨーク
WHOラベル	-	α(アルファ)	γ(ガンマ)	ζ(ゼータ)	δ(デルタ)	κ(カッパ)	-	-	β(ベータ)	-
Pango系統名	A	B.1.1.7	P.1	P.2	B.1.617.2	B.1.617.1	B.1.617.3	B.1.617	B.1.351	B.1.526.1

(MSD社製 V-PLEX SARS-CoV-2 Panel 13 (ACE2) Kit 使用)

### 【C】中和抗体 10 種（変異株 9 種 + 武漢株）

※価格についてはお問合せ下さい

一般名	武漢	インド	ペルー	タイ/ミャンマー等	米国テキサス	米国カリフォルニア	メキシコ等	ウガンダ	タンザニア	フィリピン
WHOラベル	-	δ(デルタ)	λ(ラムダ)	η(イータ)	-	-	-	-	-	θ(シータ)
Pango系統名	A	B.1.617.2	C.37	B.1.525	BV-1	R.1	B.1.1.519	A.23.1	A.VOI.V2	P.3

(MSD社製 V-PLEX SARS-CoV-2 Panel 14 (ACE2) Kit 使用)

※依頼する検査にチェックを入れて下さい。

No.	検体ID	【A】	【B】	【C】	No.	検体ID	【A】	【B】	【C】
全検体共通の場合はこちら⇒		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>					
1		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	21		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	22		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	23		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	24		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	25		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	26		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	27		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	28		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	29		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	30		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	31		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	32		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	33		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	34		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	35		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
16		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	36		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
17		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	37		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
18		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	38		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
19		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	39		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
20		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	40		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>合計の検体数を記入して下さい ⇒</b>							<b>検体</b>	<b>検体</b>	<b>検体</b>

#### 検体送付先

- 検体IDはチューブと同じIDをご記入ください。必要検体量は血清 1 ml以上です。
- 測定前に遠心操作を行いますので、血清は遠心可能なマイクロチューブ等に入れてお送りください。
- 凍結した血清と検査依頼書を入れ、冷凍便でお送りください。検体受領後、約2～4週間後に結果をご報告いたします。

#### ＜検体送付先＞

〒701-1221 岡山市北区芳賀5303 ORIC213 免疫分析研究センター株式会社  
TEL/FAX : 086-286-9333