

## 「薬剤によるリンパ球刺激試験（LST）」 規制薬剤の取り扱いと依頼書変更について

拝啓 時下ますますご清栄のこととお慶び申し上げます。

平素は格別のお引き立てを賜り、厚く御礼申し上げます。

さて、下記の検査項目については、ご依頼時に薬剤の添付が必要ですが、「麻薬及び向精神薬取締法（第二十四条及び第五十条の十六）、覚せい剤取締法（第十四条及び第十五条）に定められる規制薬については、受領が出来ない」との理由により、向精神薬での受託はお断りしておりました。

しかしながら、平成 21 年 5 月 8 日付「薬食発第 0508003 号」厚生労働省医薬食品局長通知にて、向精神薬を譲り受けることが可能となり、当社における各種準備が整いましたので取り急ぎ、ご連絡いたします。但し、麻薬および覚せい剤については受領することが出来ませんので、ご依頼時にご確認頂けますようお願いいたします。

なお、向精神薬については受託が可能となりますが、薬剤の授受に関して記録を作成することが義務付けられているため、これに対応すべく依頼書の仕様を変更させていただきます。

宜しくお取り計らいの程、お願い申し上げます。

敬具

記

### 変更項目

- 薬剤によるリンパ球刺激試験（LST） : 項目コード（7027）

### 変更期日

平成 26 年 7 月 14 日（月）受託分より変更

### 変更内容

※ 詳細につきましては、裏面の内容をご参照願います。

## 保健科学グループ



株式会社 **保健科学研究所**

本社／ 横浜市保土ヶ谷区神戸町 106 TEL 045-333-1661  
仙台支社／ 仙台市宮城野区扇町 1-1-6 TEL 022-236-9345  
中部支社／ 名古屋市西区則武新町 2-20-17 TEL 052-582-3201  
大阪支社／ 豊中市原田中 1-2-3 TEL 06-6843-5622  
福岡支社／ 福岡市博多区山王 2-14-34 TEL 092-452-0851

新潟臨床検査センター  
保健科学東日本  
日本ノーバメディカル研究所  
いかがく  
組織科学研究所  
ケーアイエー細胞病理研究所  
カスタムメディカル研究所

遠州予防医学研究所  
日本厚生団衛生科学研究所  
湘南医化学検査センター  
小田原衛検  
相模医研  
東部メディカルセンター

平成26年7月14日(月)受託分より変更

| 項目コード  | 検査項目               | 変更内容 | 新                                | 現   | 検査案内書掲載ページ |
|--------|--------------------|------|----------------------------------|---|------------|
| (7027) | 薬剤によるリンパ球刺激試験(LST) | 依頼書  | 10. 薬剤によるリンパ球刺激試験(LST)依頼書        | 9. 細胞性免疫関連検査依頼書   | 127        |
|        |                    | 備考   | 注1 法律により規制される薬剤は受託できませんのでご了承下さい。 | 注1 麻薬及び向精神薬取締法(第二十四条及び第五十条の十六)、及び覚せい剤取締法(第十四条及び第十五条)に定められている規制薬剤は受領できませんのでご了承下さい。 |            |

▼ 新しい「10. リンパ球刺激試験(LST)依頼書」について

**10 薬剤によるリンパ球刺激試験(LST)依頼書**  
病院控受領書

|         |            |           |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |            |
|---------|------------|-----------|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|------------|
| 病名      | 診療科目       | 1F 2F     | ⑩ | ⑪ | ⑫ | ⑬ | ⑭ | ⑮ | ⑯ | ⑰ | ⑱ | ⑲ | 検査材料       |
| 性別      | 内科 1内 2内   | 3F 4F     | ⑩ | ⑪ | ⑫ | ⑬ | ⑭ | ⑮ | ⑯ | ⑰ | ⑱ | ⑲ | ヘパリン全血(薬血) |
| 年齢      | 外科 1外 2外   | 7F 8F     | ⑩ | ⑪ | ⑫ | ⑬ | ⑭ | ⑮ | ⑯ | ⑰ | ⑱ | ⑲ | その他        |
| 住所      | 整形外科 心外 脳外 | 9F 10F    | ⑩ | ⑪ | ⑫ | ⑬ | ⑭ | ⑮ | ⑯ | ⑰ | ⑱ | ⑲ | その他        |
| TEL/FAX | 小児 産婦 眼科   | 11F 12F   | ⑩ | ⑪ | ⑫ | ⑬ | ⑭ | ⑮ | ⑯ | ⑰ | ⑱ | ⑲ | その他        |
| 緊急連絡先   | 耳鼻 皮膚 泌尿   | 1棟 2棟     | ⑩ | ⑪ | ⑫ | ⑬ | ⑭ | ⑮ | ⑯ | ⑰ | ⑱ | ⑲ | その他        |
|         | 神経 透視 ドック  | 3棟 4棟     | ⑩ | ⑪ | ⑫ | ⑬ | ⑭ | ⑮ | ⑯ | ⑰ | ⑱ | ⑲ | その他        |
|         | 他( )       | 東 西       | ⑩ | ⑪ | ⑫ | ⑬ | ⑭ | ⑮ | ⑯ | ⑰ | ⑱ | ⑲ | その他        |
|         | 他( )       | 南 北       | ⑩ | ⑪ | ⑫ | ⑬ | ⑭ | ⑮ | ⑯ | ⑰ | ⑱ | ⑲ | その他        |
|         | 保険区分       | 社保 国保 組合  | ⑩ | ⑪ | ⑫ | ⑬ | ⑭ | ⑮ | ⑯ | ⑰ | ⑱ | ⑲ | その他        |
|         |            | 生保 老人 その他 | ⑩ | ⑪ | ⑫ | ⑬ | ⑭ | ⑮ | ⑯ | ⑰ | ⑱ | ⑲ | その他        |
|         |            | 本人 家族 自費  | ⑩ | ⑪ | ⑫ | ⑬ | ⑭ | ⑮ | ⑯ | ⑰ | ⑱ | ⑲ | その他        |
|         |            | 職員 前後     | ⑩ | ⑪ | ⑫ | ⑬ | ⑭ | ⑮ | ⑯ | ⑰ | ⑱ | ⑲ | その他        |

◆採血前に必ずご確認ください◆

- 麻薬・覚せい剤の受託はできません。〔「麻薬及び向精神薬取締法」・「覚せい剤取締法」より〕麻薬・覚せい剤が含まれていない事を確認後、下記署名欄にご署名願います。担当医師または薬剤師のご署名がない場合は受託致しかねますので、予めご了承下さい。
- 向精神薬は受託可能です。ご提出薬剤が向精神薬に該当する場合、下表の向精神薬確認欄の該当する箇所を○印で囲んで下さい。
- ご依頼薬剤数を選択後、薬剤情報記入欄に【薬剤商品名(向精神薬の有無)】【剤形】【1回投与量】をご記入下さい。
- 検体と同時に1回投与量の薬剤をご提出下さい。なお、皮内反応薬、座薬、脂溶性・非水溶性薬剤は受託できません。
- 採血量は2薬剤までが15mL、1薬剤追加ごとに5mL追加して下さい。検査に必要なリンパ球数が得られない場合、ご要望に添えない場合がございます。
- 採血時に細菌が混入しますと、検査不能となります。必ず当社指定の真空採血管【F-4】をご使用下さい。
- 薬剤についてご不明な点がございましたら、事前に最寄りの営業所へお問い合わせ下さい。

<ご依頼薬剤数> 該当数に○をお願い致します  
※受託可能日は月曜日から金曜日です。土曜日ならびに休前日の受託はできません。

● 1薬剤 ● 2薬剤 ● 3薬剤 ● 4薬剤 ● 5薬剤 ● 6薬剤 ● 7薬剤 ● 8薬剤 ● 9薬剤

| 薬剤目  | 薬剤商品名 | 向精神薬の場合<br>○印で囲んで下さい | 剤形(該当する剤形を○印で囲んで下さい) | 1回投与量 |
|------|-------|----------------------|----------------------|-------|
| 1薬剤目 |       | ○                    | 錠剤・粉末・注射用剤・液体製剤・その他  |       |
| 2薬剤目 |       | ○                    | 錠剤・粉末・注射用剤・液体製剤・その他  |       |
| 3薬剤目 |       | ○                    | 錠剤・粉末・注射用剤・液体製剤・その他  |       |
| 4薬剤目 |       | ○                    | 錠剤・粉末・注射用剤・液体製剤・その他  |       |
| 5薬剤目 |       | ○                    | 錠剤・粉末・注射用剤・液体製剤・その他  |       |
| 6薬剤目 |       | ○                    | 錠剤・粉末・注射用剤・液体製剤・その他  |       |
| 7薬剤目 |       | ○                    | 錠剤・粉末・注射用剤・液体製剤・その他  |       |
| 8薬剤目 |       | ○                    | 錠剤・粉末・注射用剤・液体製剤・その他  |       |
| 9薬剤目 |       | ○                    | 錠剤・粉末・注射用剤・液体製剤・その他  |       |

薬剤によるリンパ球刺激試験(LST)を依頼するにあたり、上記薬剤を添付いたします。  
なお、添付薬剤には、麻薬、覚せい剤は含まれていません。

ご依頼日 20 年 月 日

署名欄(担当医師又は薬剤師)

|        |        |        |        |
|--------|--------|--------|--------|
| 集配     | 営業所    | 本社受付   | 検査部    |
| 20 / / | 20 / / | 20 / / | 20 / / |

保健科学グループ

受領日時 月 日 時 分 受領者名 14.05 DC

採血前に必ずご確認ください。

薬剤数、商品名等を記入下さい。尚、麻薬・覚せい剤の受託は出来ません。

必ず担当医師又は薬剤師のご署名をお願いします。

- 新しい依頼書「10. 薬剤によるリンパ球刺激試験(LST)依頼書」の実際の大きさは、従来の依頼書と同一です。お届け以降順次、ご利用下さい。なお、向精神薬にてご依頼の場合には、必ずこの新しい依頼書をご利用下さい。
- 従来からの依頼書「9. 細胞性免疫関連検査依頼書」については、薬剤によるリンパ球刺激試験(LST)を削除し、CCR4蛋白を記載させていただきます。