

## ＜生化学検査＞依頼書

検体発送日		検体到着予定日	AM
ご依頼者所属			
ご担当者名	様		
ご住所	(〒 - )		
お電話			
E-mail			
動物種	マウス, ラット, ウサギ, その他( )		
予定検体数			
検体番号			

ご希望のセット項目の記入欄に○と検体数を記載してください。

必要検体量: **血清(Serum)** 各 0.5 mL

輸送温度: **冷凍** (-15℃以下)

受取日時: 月～木(祝日を除く)

セット名	項目内容	検体量	価格	検体数
全身スクリーニング	TP	血清 0.5 mL 冷凍	4,000円/検体	
	ALB			
	A/G比			
	BUN			
	CRE			
	Na			
	K			
	Ca			
	IP			
	AST			
	ALT			
	ALP			
	LDH			
	AMY			
	Lip			
	T-CHO			
	TG			
T-BIL				
TBA				
GLU				
Cl				

セット名	項目内容	検体量	価格	検体数
脳セット	TP	血清 0.5 mL 冷凍	2,500円/検体	
	ALB			
	BUN			
	Ca			
	ALT			
	ALP			
	LDH			
	AMY			
	Lip			
	T-CHO			
	TG			
	GLU			

セット名	項目内容	検体量	価格	検体数
胆肝セット	TP	血清 0.5 mL 冷凍	2,500円/検体	
	ALB			
	A/G比			
	BUN			
	AST			
	ALT			
	ALP			
	T-CHO			
	TG			
	T-BIL			
	TBA			
	GLU			

セット名	項目内容	検体量	価格	検体数
簡易スクリーニング	TP	血清 0.5 mL 冷凍	2,500円/検体	
	ALB			
	A/G比			
	BUN			
	CRE			
	AST			
	ALT			
	ALP			
	AMY			
	T-CHO			
	T-BIL			
GLU				

セット名	項目内容	検体量	価格	検体数
腎セット	TP	血清 0.5 mL 冷凍	2,500円/検体	
	ALB			
	BUN			
	CRE			
	Na			
	K			
	Ca			
	IP			
	LDH			
	T-CHO			
	Cl			

セット名	項目内容	検体量	価格	検体数
リポ蛋白質 コレステロール分画	HDL-C	血清 0.3 mL 冷凍	6,000円/検体	
	LDL-C			
	IDL-C			
	VLDL-C			
	other			
	Tcho			

※必要検体量に満たない場合は、測定できません。事前にご相談ください。

※ご提供いただきました検体は、返却できませんこと、ご了承ください。

検体送付先: 株式会社トランスジェニック 第三事業推進部

〒650-0047 兵庫県神戸市中央区港島南町 7-1-14

TEL: 078-306-0295 FAX 送信先: 078-306-0296

