



2023年10月20日

造血器腫瘍遺伝子検査および遺伝学的検査の受託について

標記検査の本院への委託を希望される場合は以下の要領に従い申込みください。

- ①. 「受託検査依頼書」と「遺伝子解析依頼書・報告書」（島根大学医学部附属病院検査部 HP <https://www.med.shimane-u.ac.jp/hospital/lab/index.html> からダウンロード）に必要事項を記入後、**電子メール**（identshi@med.shimane-u.ac.jp）に添付して送付ください。原本は下記まで**郵送**ください。原本が届き次第、本院より承諾書を郵送にて返信します。
- ②. 本院より委託業者へ検体集荷を依頼します。（ご依頼のメールを頂く際に「受託検査依頼書」にて「検体収集場所」の指定をお願い致します。）
- ③. **検体採取および搬送に必要な資材は貴施設にて準備をお願いします。**（下記資料参照）
- ④. 委託業者が貴施設へ検体集荷に伺います。（集荷は原則月曜日から水曜日です。）
- ⑤. 委託業者が検体を受領し、本院まで搬送します。
- ⑥. 本院で検査を実施します。 検査所要日数：検体到着後 2～4 週間（検体の状態、検査項目によって異なります。）
- ⑦. 本院検査部から検査結果をメールにてお送りします。
- ⑧. 本院医療サービス課より請求書を郵送します。
- ⑨. 所定の方法にて検査料を納入ください。
- ⑩. **当検査の実施にあたっては、契約締結を必要といたしませんので、ご理解のほどよろしくお願いいたします。**

問合せ先/依頼書送付先

島根大学医学部附属病院検査部 受託検査係

〒693-8501 島根県出雲市塩冶町 89-1

☎ (PHS) : 070-5040-9830 (平日 9:00～17:00)

FAX : 0853-20-2732

E-mail : identshi@med.shimane-u.ac.jp



1. 貴施設で準備いただくもの

1.1. 検体を封入する一次容器(採血管)

1.1.1. **末梢血**: 5mL または 7mL 用 EDTA-2Na 入り採血管 1 本

1.1.2. **骨髄液**: 2mL または 5mL 用 EDTA-2Na 入り採血管 1 本

1.1.3. その他: 事前に問い合わせください。

1.2. 防水性及び密閉性を有する二次容器(密閉パック) 1 式

1.3. 外装となる三次容器(発泡スチロール箱) 1 箱

1.4. 保冷剤(右記写真のサイズの場合)

1.4.1. 夏場(5月～10月): 10 個程度

1.4.2. 上記以外の時期: 5 個程度

2. 検体採取量

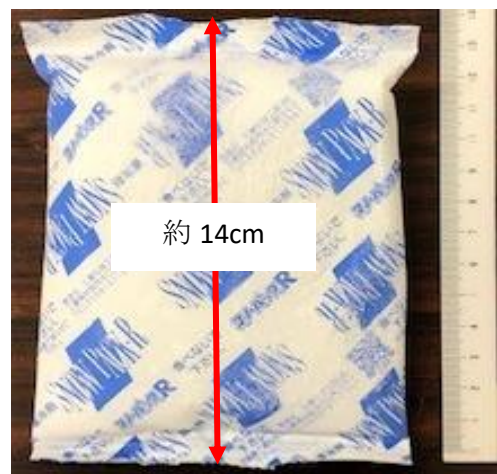
2.1. **末梢血**採取量: 5mL または 7mL

2.2. **骨髄液**採取量: 0.5mL 以上

2.3. その他: 事前に問い合わせください。

3. 検体の保管

検体回収までは冷蔵(2～15℃)で保管してください。



4. 梱包方法

- 4.1. 一次容器（採血管）に規定量の検体が採取されていることを確認する。
- 4.2. 一次容器の蓋が確実にしまっていることを確認する。
- 4.3. 一次容器の周囲をテープ（パラフィルム等濡れても剥がれないテープ）で固定する。
- 4.4. 一次容器を、緩衝材で包み二次容器に入れる。
- 4.5. 二次容器を密閉する。
- 4.6. 二次容器と保冷剤を三次容器に入れる。
- 4.7. この時、**二次容器と保冷剤が直接接しないように**緩衝材を間に入れる。
- 4.8. 三次容器内で検体が転倒することのない様、緩衝材等で二次容器を固定し、三次容器の蓋のテープングを行う。



二次容器と保冷剤が直接接しない
ように間に緩衝材を入れる。

（検体の凍結防止のため）



検査項目

下記料金は 2020 年 4 月 1 日以降の申込に適用されます。

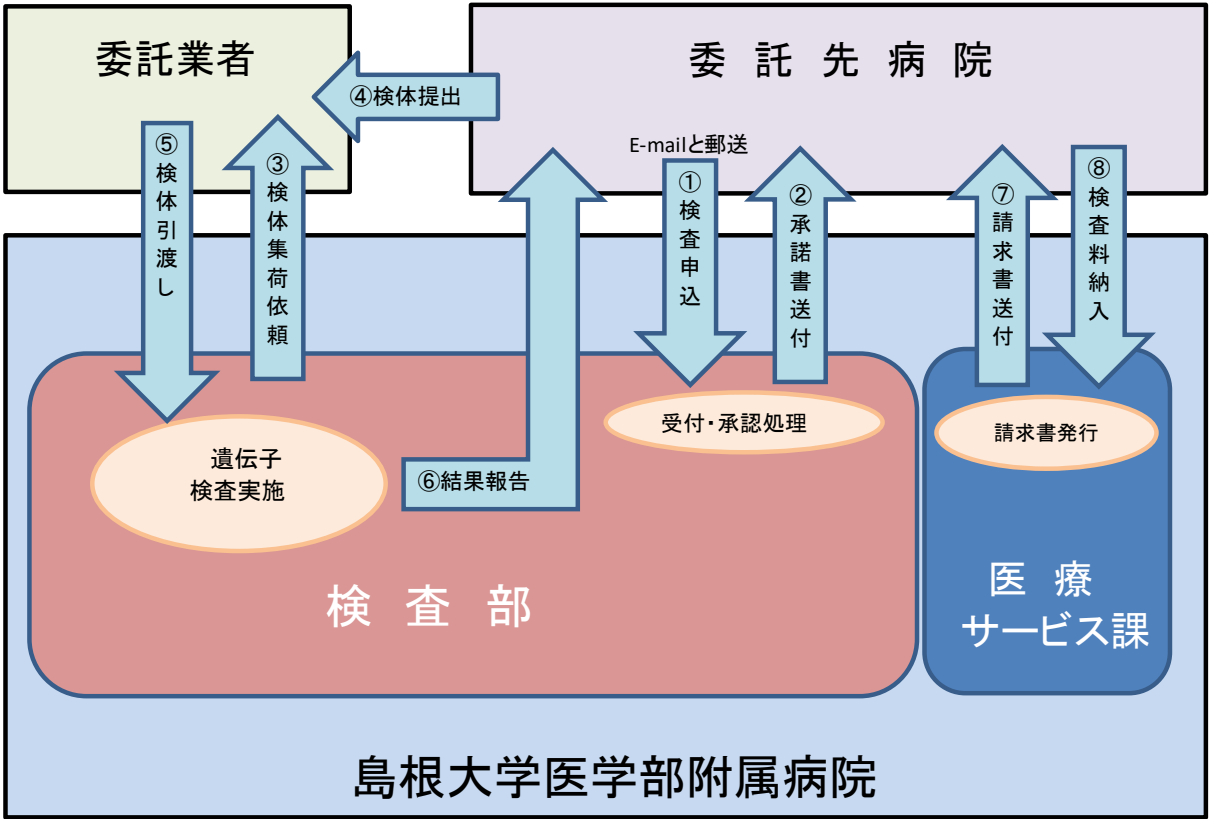
造血器腫瘍遺伝子検査 1 項目につき 23,100 円 (税込)			
DNA 検査		RNA 検査	
ABL 変異	GATA2 変異	NPM1 変異	CyckinD1 mRNA 定量
AML1 変異	GATA3 変異	NRAS 変異	MLL-PTD
ASXL1 変異	HRAS 変異	P 53 変異	NUP98-HOXA9 融合遺伝子
BTK 変異	IDH1 変異	PDGFRA 変異	NUP98-HOXA11 融合遺伝子
BRAF 変異	IDH2 変異	PLCG2 変異	NUP98-HOXA13 融合遺伝子
CALR 変異	JAK2 変異	PTPN11 変異	NUP98-HOXC11 融合遺伝子
CBL 変異	KIT 変異	SETBP1 変異	NUP98-HOXD11 融合遺伝子
CD79B 変異	KRAS 変異	SF3B1 変異	NUP98-HOXD13 融合遺伝子
CEBPA 変異	MAP2K1 変異	SRSF2 変異	NUP98-NSD1 融合遺伝子
CSF3R 変異	MAP2K2 変異	STAT3 変異	NUP98-RARG 融合遺伝子
CXCR4 変異	MPL 変異	TET2 変異	TEL-ABL 融合遺伝子
FLT3-ITD	MYD88 変異	WT1 変異	TEL-TRAKC 融合遺伝子
FLT3-TK	NFE2 変異		
GATA1 変異	NOTCH1 変異		
遺伝学的検査 1 項目につき 55,000 円 (税込) (★は 88,000 円 (税込))			
DNA 検査			
低ホスファターゼ症	グルタル酸血症 1 型	MCAD 欠損症	VLCAD 欠損症
★MTP (LCHAD) 欠損症			

(2023.10.20 現在)

本院は遺伝学的検査について厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして中国四国厚生局に届け出た保険医療機関です。



遺伝子検査受託処理フロー



2017.3.1

