

医療関係者各位

テトラビック自主回収に伴う ポリオ抗体検査 お申込のご案内

平素より大変お世話になっております。
「テトラビック皮下注シリンジ」の回収について、多大なご迷惑をおかけしておりますこと、深くお詫び申し上げます。

自主回収対象ロット(4K23A、4K23B、4K23C、4K24A、4K24B、4K24C)を接種され、ポリオ抗体検査を希望される方を対象にこの用紙で申し込みを受け付けております。

お申込みの場合は別紙①の「ポリオ抗体検査申込用紙」に、
すでにお申込みいただいている内容の変更の場合は別紙②の「ポリオ抗体検査変更用紙」に
必要事項をご記入の上、**採血予定日の1週間前までに**、FAX 番号 **06-6443-2755** までお送りください。
お申込みを受付後、抗体検査に必要な採血管と資材一式をお送りいたします。
(3枚目は記入例になります。)

また、こちらにご記載いただいた情報を元に集荷業者の手配をいたします。

【記入欄のご説明】

①抗体検査資材・抗体検査結果のお届け先

記載いただいた宛先へ、資材・抗体検査結果をお送りいたします。

②採血の情報

採血予定日と検体数のご記入をお願いいたします。採血予定日が複数ございましたら、5つまでご記入いただけます。

集荷に伺うまでの間、全血の検体は冷蔵(2~8℃)で保管いただけますようお願いいたします。

③集荷が難しいお時間帯

集荷業者は、採血日から1週間以内※にお伺いできるよう手配いたします。

休診日や休診時間など、集荷業者が訪問を避けたほうが良い時間帯に×をご記入下さい。

通常、土曜・日曜・祝日を除く平日 9:00~16:00 の集荷が可能です。

※全血の検体は、冷蔵(2~8℃)で1週間保管いただいても試験結果に影響はございません。

④検体の保管状況

保管状況により集荷業者の準備が異なりますので、どのように保管されるご予定かご記入をお願いいたします。

⑤集荷の際の注意点

集荷業者が訪問する場所や、必要な手続きなどございましたらご記入下さい。

例①:入館手続きが必要となるため、必ず受付に声をかけること

例②:2階検査室まで取りに来てほしい

別紙①記入例 テトラビック自主回収（4K23、4K24）に伴う ポリオ抗体検査申込用紙

こちらの受付用紙に必要事項をご記入の上、FAX 番号 06-6443-2755 までお送りください。
受領日から 2 営業日後までに受領完了の FAX を返送いたします。

お申込日： 年 月 日

① 抗体検査資材・抗体検査結果のお届け先	
ご施設名：〇〇病院	
ご所属：△△科	ご芳名： ◇◇ ◇◇ 様
お届け先：〒123-4567 〇〇県△△市◇◇2 丁目××-××	
お電話番号： () (内線：)	
FAX 番号：	

※FAX 番号の記載がない場合、弊会より受領連絡ができません。必ず記入をお願いいたします。

②採血のご情報 ※採血予定日の 1 週間前までにお申込みください。						
採血予定日①	2019年	9月	17日	AM / PM	検体数：	10 本
採血予定日②	2019年	9月	30日	AM / PM	検体数：	8 本
採血予定日③	年	月	日	AM / PM	検体数：	本
採血予定日④	年	月	日	AM / PM	検体数：	本
採血予定日⑤	年	月	日	AM / PM	検体数：	本

※事前に当会から採血管と書類を送付させて頂いており、今回追加での採血管と書類の送付が不要な場合は、右記にチェックを入れてください。 採血管、書類の送付不要

③集荷が難しいお時間帯	月	火	水	木	金	<備考>
9:00-12:00				×		
12:00-14:00	×	×	×	×	×	
14:00-15:00				×		
15:00-16:00				×		

※集荷が難しいお時間帯に「×」とご記入ください。

④検体の保管状況 ※2ml 程度採血いただき、全血のまま冷蔵される場合には、検体は冷蔵（適温 2～8℃）にて保管をお願いします。
<input type="checkbox"/> 採血後、全血のまま冷蔵 <input checked="" type="checkbox"/> 採血後、遠心分離し、血清のみの状態にして凍結
⑤集荷の際の注意点 ※集荷業者への伝達事項を記載ください。
2 階の検査室に受け取りに来てほしい。

※個人情報の取り扱いについて：

ご記入いただいた個人情報については、お申込みをいただきました資材の発送およびお申し込み内容等に関するご連絡、お問い合わせへの回答を行う目的のみに利用し、その他の目的に利用したり、第三者に開示することは一切ございません。

