

細胞株寄託申込に伴う申告書

東京医科歯科大学
難治疾患研究所バイオリソース支援室 御中

寄託者氏名 印
講座名
TEL/FAX
E-mail

下記のヒト細胞材料の寄託にあたり、それにともなう質問に答えます。

細胞株名 _____
動物種 _____

ヒトの場合のみ以下にお答え下さい。 (どちらかに○をしてください)

1) 下記のウイルス・細菌検出試験は行っておりますか。

HIV (human immunodeficiency virus) はい・いいえ
はいの場合の試験方法：患者血清抗体検査、患者血液・培養細胞由来 DNA-PCR 法検査、その他の方法
その結果：陽性、陰性

HBV (human hepatitis type B virus) はい・いいえ
はいの場合の試験方法：患者血清抗体検査、患者血液・培養細胞由来 DNA-PCR 法検査、その他の方法
その結果：陽性、陰性

HCV (human hepatitis type C virus) はい・いいえ
はいの場合の試験方法：患者血清抗体検査、患者血液・培養細胞由来 DNA-PCR 法検査、その他の方法
その結果：陽性、陰性

HTLV-I (human T cell leukemia virus type I) はい・いいえ
はいの場合の試験方法：患者血清抗体検査、患者血液・培養細胞由来 DNA-PCR 法検査、その他の方法
その結果：陽性、陰性

梅毒 はい・いいえ
はいの場合の試験方法：患者血清抗体検査、患者血液・培養細胞由来 DNA-PCR 法検査、その他の方法
その結果：陽性、陰性

マイコプラズマ はい・いいえ
はいの場合の試験方法：患者血清抗体検査、患者血液・培養細胞由来 DNA-PCR 法検査、その他の方法
その結果：陽性、陰性

その他のウイルス はい・いいえ
はいの場合の試験方法：患者血清抗体検査、患者血液・培養細胞由来 DNA-PCR 法検査、その他の方法
その結果：陽性、陰性

2) 細胞材料が由来した組織の提供元となった患者さんには、上記の他に何らかの感染症がありましたか。

はい・いいえ・わからない

はいの場合：どのような感染症でしたか。

■注意■ 細胞寄託の可否については折り返しご連絡いたします。 その手続き後に細胞をお送りいただきますのでご注意ください。

東京医科歯科大学
難治疾患研究所バイオリソース支援室
M&D タワー 23 階 南側
TEL/FAX : 03-5803-5813
E-mail : bioresource.br@mri.tmd.ac.jp
【BR/No. _____】