年　　月　　日

マイコプラズマ汚染検査に伴う申告書

下記検体試料のマイコプラズマ汚染検査依頼にあたり下記の通り申告いたします。

依頼者氏名　　印
講座名
TEL/FAX
E-mail

検体試料名 ＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

動物種 ＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

（どちらかに○をしてください）

この検体試料はRI標識細胞由来ではありません。　はい・いいえ

動物の場合　（どちらかに○をしてください）

ウイルス・細菌検出試験は行っておりますか。　はい・いいえ
はいの場合　：　ウイルス・細菌が検出されましたか　はい・いいえ
はいの場合　：　検出されたウイルス・細菌名　＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿
試験方法は　＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿
その結果　陽性、 陰性

ヒトの場合

（どちらかに○をしてください）

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

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

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■　上記の申告の内容を審査の上、マイコプラズマ汚染検査実施の可否については折り返しご連絡いたします。

東京科学大学　総合研究院
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．　　】