

2025 年 4 月吉日

御取引先各位

株式会社東京セントラルパソロジーラボラトリー

HPV 単独法専用依頼書 新規作成のお知らせ

謹啓 時下ますますご清栄のこととお慶び申し上げます。

平素は格別のご高配を賜り厚くお礼申し上げます。

この度、子宮頸がん検診 HPV 検査単独法専用依頼書を新規で作成いたしましたのでご案内いたします。こちらの新規依頼書で HPV 検査をご依頼いただき、HPV 検査結果が陽性の場合は婦人科細胞診トリアージ精検（項目コード 159）を実施いたします。

今後も検査精度の向上に より一層努めてまいりますので、何卒よろしくお願い申し上げます。

謹白

記

2025 年 4 月 1 日プレプリントご依頼分より対応

以上

【本件に関するお問い合わせ先】

(株)東京セントラルパソロジーラボラトリー

細胞診検査課遺伝子検査係直通 TEL : 042-696-3075

HPV 検査単独法専用依頼書 記入見本

HPV検査単独法による子宮頸がん検診専用依頼書です。
HPV検査結果が陽性の際には、トリアージ 精検（細胞診検査）を実施いたします。

● 記入方法 青枠内をご記入ください

HPV検査単独法専用依頼書 (TCPL検査用)

患者様ご用紙
HPV検査結果報告書
HPV検査結果報告書
弊社使用欄

① エンボースカード / ラベルシール

② 施設名、採取日、提出日

③ ｶﾀｶﾅ氏名(必須)
漢字氏名(任意)

④ 生年月日、年齢、ｶﾙﾈNo.

⑤ トリアージ 精検 (頸がん検診) 用に、必ず 該当する材料にチェックしてください。

⑥ LBC容器数、採取器具等を記入してください。

⑦ 臨床診断、臨床所見記入欄。最終月経、閉経年齢など必ず詳細にご記入ください。

⑧ コメント欄。特記事項を記入してください。

子宮頸がん検診 HPV検査単独法ご依頼の際はこちらの依頼書をご使用ください。

036 HPVを単検出(異型クエンタイプ判定): RT-PCR法
*HPV検査はLBC検体のみ受診いたします。

検査名: _____

159 婦人科トリアージ精検 HPV検査陽性の場合、トリアージ精検(細胞診検査)を実施します。
*HPV検査結果陽性時のトリアージ精検実施に必要のため、該当する材料欄にチェックしてください。

002 子宮塗布
 003 子宮液
 004 子宮頸管
 006 検体液

*HPV検査結果ご報告は受付から約1週間、トリアージ精検のご報告は、HPV検査結果ご報告から営業日数7~14日ほどを目安としております。

初 検	再 検
HPV検査No.	HPV検査No.
年 月 日-No	年 月 日-No

検体数: _____ 採取法: スパテル ブラシ L容器 Surepath Thinprep
 ワイトピック その他() C器

臨床診断:
臨床所見及び経過(内視鏡所見×鏡所見・その他顯示して下さい。)
*特に年齢、最終月経を必ずご記入下さい。

最終月経 _____年____月____日
 閉経 _____年____月____日
 閉経 _____才____区____産

抗がん剤使用(中・後) ⑦
 放射線治療(中・後)
 ホルモン剤使用(中・後)

検査科: _____ ｺﾚｸﾄ所見: _____

⑧

*検査法の有無 (HIV、HEV、HIV、TIG等)
 *同時検出の有・無
 *問診票 有 無

*黒ボールペンで強くお書きください。わかりやすい文字でお願いいたします。

- ① エンボースカード 専用。また、患者情報ラベルをご使用の際はこちらへ貼付してください。
- ② 施設名、検体採取日、提出日の記入欄。採取日、提出日：西暦→下2桁 和暦→年
- ③ 患者氏名記入欄。楷書でわかりやすく、はっきりとご記入ください。ｶﾀｶﾅ名の記入は必須です。
- ④ 生年月日、年齢、ｶﾙﾈNo.の記入欄。生年月日は必ず記入してください。
- ⑤ トリアージ 精検(頸がん検診)用に、必ず 該当する材料にチェックしてください。
- ⑥ LBC容器数、採取器具等を記入してください。
- ⑦ 臨床診断、臨床所見記入欄。最終月経、閉経年齢など必ず詳細にご記入ください。
- ⑧ コメント欄。特記事項を記入してください。

その他：上記依頼書内容に検査上不備な点がありましたら、担当者よりお問い合わせをする場合がございます。その場合、ご報告が遅くなる可能性がございますのでご了承ください。