診断マーカー測定申込書

一般財団法人 脳神経疾患研究所

先端医療研究センター

衛藤　義勝 宛

|  |
| --- |
| 依頼検査　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　申込日　　　　　　　年　　　月　　　日 　　　　　 　　□ Lyso-Gb3　 　 □ Lyso-SM　　 □ Oxysterols |
| 依頼検体　　　　　 　　 □ 血清 （　　　　　ml　）　　 □ 血漿 （　　　　　ml）  検体採取日　　　　　　 　 　　　　　　　年　　月　　日 採取　　　　　　 　　　　　年　　月　　日 採取 |
| ふ　り　が　な  患者名 　（ 男 ・ 女 ）  　　　　　　　 \* 患者名はイニシャルのみでも可  生年月日　　　　　　年　　 月　　 日 生 （　　 　　歳） \* 年齢のみでも可 |
| 臨床症状 　　　　　心障害　　　　　□ 無　　　□ 有　（　　　　　　　　　　　　　　　）　　　　　　　 　　　　　腎障害　　　　　□ 無　　　□ 有　（　　　　　　　　　　　　　　　） 　　　　　末梢神経障害　　□ 無　　　□ 有　（　　　　　　　　　　　　　　　） 　　　　　自律神経障害　　□ 無　　　□ 有　（　　　　　　　　　　　　　　　） 　　　　　脳血管障害　　　□ 無　　　□ 有　（　　　　　　　　　　　　　　　）  　　　　　皮膚症状　　　　□ 無　　　□ 有　（　　　　　　　　　　　　　　　） 　　　　　眼症状　　　　　□ 無　　　□ 有　（　　　　　　　　　　　　　　　） 　　　　　耳症状　　　　　□ 無　　　□ 有　（　　　　　　　　　　　　　　　） 　　　　　消化器症状　　　□ 無　　　□ 有　（　　　　　　　　　　　　　　　）　 　　　　　家族歴　　　　　□ 無　　　□ 有　（　　　　　　　　　　　　　　　）  臨床経過  家族歴 |
| ふ　り　が　な  依頼者氏名  主治医　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　\*依頼者が主治医の場合は記入の必要ありません  　 　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 施設名　　　　　　　　　　　　　　　　　 　 連絡先　　〒　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 　　　　　　電話・FAX 　  　　　　　　　E-mail |

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 一般財団法人 脳神経疾患研究所　先端医療研究センター　2017