

# 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		
<input type="checkbox"/> Lyso-Gb3 <input type="checkbox"/> Lyso-SM <input type="checkbox"/> Oxysterols			
依頼検体	<input type="checkbox"/> 血清 ( _____ ml )	<input type="checkbox"/> 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
<b>臨床症状</b>			
心障害	<input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有 ( _____ )	
腎障害	<input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有 ( _____ )	
末梢神経障害	<input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有 ( _____ )	
自律神経障害	<input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有 ( _____ )	
脳血管障害	<input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有 ( _____ )	
皮膚症状	<input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有 ( _____ )	
眼症状	<input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有 ( _____ )	
耳症状	<input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有 ( _____ )	
消化器症状	<input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有 ( _____ )	
家族歴	<input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有 ( _____ )	
<b>臨床経過</b>			
<b>家族歴</b>			
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 _____		