酵素活性測定申込書

　　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　(疑疾患)　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　申込日　　　　　　　年　　　月　　　日 |
| 依頼検体　　　　　 □ DBS（　 枚）　　 □ 血清（　　ml）　　 □ 尿（　　ml）検体採取日　　　　 年　　月　　日 採取　　　　 　年　　月　　日 採取　　　　　　 年　　月　　日 採取 |
| ふ　り　が　な患者名　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　\* 患者名はイニシャルのみでも可　　　　　（ 男 ・ 女 ）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 |
| 連絡先　　〒　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　施設名　　　　　　　　　　　　　　　 　　　　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　2016