

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	<input type="checkbox"/> DBS(枚)	<input type="checkbox"/> 血清(ml)	<input type="checkbox"/> 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	_____			(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
<u>臨床症状</u>	<input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有 ()	
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 ()	
<u>臨床経過</u>				
<u>家族歴</u>				
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			
<u>連絡先</u>				
〒	_____			
施設名	_____			
電話・FAX	_____			
E-mail	_____			