|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| アミロイドーシス病型診断申込書 | | | |
| 依頼日：　　　　年　　月　　日 | | 依頼医師名： | |
| 連絡先 | 住所：〒 | | |
| 施設名：　　　　　　　　　　　　病院　　　　　　　　　科 | | |
| E-mail： | | |
| 付記 | | |
| 患者情報 | | | |
| フリガナ  患者氏名： | | 生年月日：　　　　年　　月　　日 | |
| 年齢：　　　歳 | 性別：男性, 女性 |
| 臨床診断： | | | |
| 主訴： | | 家族歴：有, 無, 不明 | |
| 症候のある臓器：末梢神経, 自律神経系, 心臓, 腎臓, 消化管, 眼, その他（　　　　） | | | |
| アミロイド沈着：有, 無, 不明, 検出部位（　　　　　　　　　　　　　　　　　　） | | | |
| 初発症候： | | 発症時期： | |
| 病歴： | | | |
| 検査結果 | | | |
| 血清の免疫電気泳動または免疫固定法： | | | |
| 遊離軽鎖 (FLC)：κ mg/L; λ mg/L; κ/λ比 | | | |
| 尿免疫電気泳動 (BJP)： | | 血清アミロイドA：　　　μg/ml | |
| 依頼項目 | | | |
| ◻️ATTR型家族性アミロイドポリニューロパチー（遺伝性ATTRアミロイドーシス）  トランスサイレチンの、質量分析（血清）＋ 遺伝子検査（血液）のセットです。  必ず血清 (約5 ml、遠心分離後、冷凍)、血液（EDTA 採血管に採取した全血、冷蔵）の両方をお送りください。 | | | |
| ◻免疫組織化学染色  　ATTR（家族性アミロイドポリニューロパチー, 老人性全身性アミロイドーシス）  　AL（免疫グロブリン性アミロイドーシス;κ, λ）, AA（反応性/ 二次性アミロイドーシス）  　Aβ2M（透析アミロイドーシス）などについて検討します。  ※未染色スライド20枚をお送りください。※病理報告書コピーを同封してください。 | | | |
| 熊本大学医学部附属病院 アミロイドーシス診療センター | | | |