|  |
| --- |
| アミロイドーシス病型解析依頼書 |
| 依頼日：　　　　年　　月　　日 | 依頼医師名： |
| 連絡先 | 住所：〒 |
| 施設名：　　　　　　　　　　　　病院　　　　　　　　　科 |
| E-mail： |
| （医療事務担当者：氏名　　　　　　　　, 電話番号　　　　　　　　） |
| 患者情報 |
| フリガナ患者氏名： | 生年月日：　　年　月　日 | ID： |
| 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 |
| ◻血液, ◻血清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。 |
| ◻組織：免疫組織化学検査（**病理標本番号：**）　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。 |
| 文書による同意の有無：有, 無　同意書のコピーを同封してください。 |
| 熊本大学病院 アミロイドーシス診療センター  |