

(あて先) 北海道薬剤師会公衆衛生検査センター

受検者には、検査の説明を行い、検査の必要性などを十分理解してもらいましたので、承諾書を添えて代謝異常症の依頼検査を申込みます。

◆依頼者

医療機関名			
医師名		電話	
E-mail			

(センター記載用)	
受付日	/ /
ID	
ろ紙血	
尿	

◆患者氏名等

(フリガナ)		男・女	出生目	(西暦)	年	月	日
患者氏名			年齢		歳	か月	日

◆申込区分 (※本検査の初回申込の場合、保護者の承諾書が必要です。)

<input type="checkbox"/> 1. 新生児スクリーニング陽性者 (初回・フォロー)
<input type="checkbox"/> 2. 初回申込 <input type="checkbox"/> 3. フォロー検査 <input type="checkbox"/> 4. その他 負荷試験など( )

◆検査の目的

<input type="checkbox"/> 1. 疾患の診断目的 (疾患名: )	<input type="checkbox"/> 3. 代謝異常症の否定
<input type="checkbox"/> 2. 患者のフォロー (確定・疑い)	<input type="checkbox"/> 4. その他 負荷試験など( )

◆依頼検査項目

※検査目的を以下から選択してください。その他、特記すべきことがありましたら備考欄にご記入ください。

ろ紙血	<input type="checkbox"/> タンデムマス検査 (アミノ酸13種、アシルカルニチン22種)	<input type="checkbox"/> ガラクトース検査
凍結尿	<input type="checkbox"/> 尿中有機酸分析	備考

◆検体情報

ろ紙血	採取日: _____ 年 _____ 月 _____ 日	発作時・寛解期
凍結尿	採取日: _____ 年 _____ 月 _____ 日	発作時・寛解期      1回尿・24時間尿

◆主訴・臨床経過

疾患名		家族歴の異常	
主訴・臨床経過			
使用中の薬剤	(ピボキシル基抗生剤使用: 有・無)		

◆臨床症状

嘔吐	有・無	呼吸障害	有・無	肝画像所見異常	有( )・無
哺乳不良	有・無	筋緊張低下	有・無	頭部画像所見異常	有( )・無
痙攣	有・無	身体発育不全	有・無	外表奇形	有( )・無
意識障害	有・無	精神発達遅滞	有・無	心筋症	有・無

◆検査所見

アシドーシス	[ - ・ 未検 ・ ( ) ]	尿中ケトン体	[ - ・ 未検 ・ ( ) ]
乳酸	[ - ・ 未検 ・ ( mg/dl ) ]	血中ケトン体	[ - ・ 未検 ・ ( mmol/l ) ]
ピルビン酸	[ - ・ 未検 ・ ( mg/dl ) ]	遊離脂肪酸	[ - ・ 未検 ・ ( mEq/l ) ]
低血糖	[ - ・ 未検 ・ (FBS mg/dl) ]	高アンモニア血症	[ - ・ 未検 ・ ( µg/dl ) ]
		肝機能検査	[ - ・ 未検 ・ ( ) ]

◆その他特記事項

--

連絡先: 北海道薬剤師会公衆衛生検査センター  
 電話: 011-824-9414      FAX: 011-824-9418  
 E-mail: dyk-taisha@douyakken.or.jp