

(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	出生日	(西暦)	年	月	日
患者氏名			年齢		歳	か月	日

◆検査の目的 ※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. マスクリーニング陽性者のフォロー	<input type="checkbox"/> 2. 代謝異常症の診断・否定
<input type="checkbox"/> 3. 確定診断例のフォロー	<input type="checkbox"/> 4. その他 ()

◆依頼検査項目 ※検査項目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。

検体	検査項目	検査料金
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)	9,000円(税別)
凍結尿	<input type="checkbox"/> 尿中有機酸分析	9,000円(税別)
備考		

【保険適用】 D010 特殊分析 8 先天性代謝異常症検査

イ 尿中有機酸分析 1,141点

ハ タンデムマス分析 1,141点

注1 イ、ハについては、別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において行われる場合に、患者1人につき月1回に限り算定する。

◆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	
臨床経過 特記事項など			
使用中の薬剤	(ピボキシル基抗生剤使用: 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

--

◆検査料金・医療機関ごとに1か月単位で請求させていただきます。

連絡先: 一般財団法人 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