

検査依頼年月日： 年 月 日



新生児マススクリーニング関連疾患検査依頼書

(ライソゾーム病・原発性免疫不全症・脊髄性筋萎縮症)

(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、検査の同意を取得しましたので、新生児マススクリーニング関連疾患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	誕生日	(西暦)	年	月	日
患者氏名			年齢		歳	か月	日

◆検査の目的

☐ 1.精査例・診断例のフォロー	☐ 2. ハイリスク児の診断・否定
☐ 3.保護者の希望	☐ 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 (②、③はセット検査として実施します)		検査料金
ろ紙血	☐	①ライソゾーム病責任酵素活性測定検査 (4-MU蛍光測定検査) 対象疾患: ポンペ病、ファブリー病、ゴーシェ病、ムコ多糖症1型・2型	3000円(税別)
	☐	②原発性免疫不全症検査 (TREC, KREC定量PCR検査)	4000円(税別)
		③脊髄性筋萎縮症検査 (SMN1の欠失を確認する定量PCR検査)	
備考			

【注意事項】 上記検査は、いずれも、ろ紙血を用いた”スクリーニング”です。

確定診断には、血液等を用いる遺伝学的検査が必要となります。また、保険適用はありません。

◆検体情報

ろ紙血	採取日: 年 月 日
-----	------------

◆特記事項など

特記事項など	(使用中の薬剤等:)
--------	-------------

◆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