**検　査　申　込　書**【ろ紙血】

国立成育医療研究センター　臨床検査部

高度先進検査室　小須賀　基通 殿

委託契約に基づき下記の検査を依頼します。

　　　　　　西暦　　　　年　　 月　 　日

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 患者様の氏名もしくは匿名化番号，性別，生年月日  （年齢） | | ふりがな  　　　　　　　　　　　　　　　様　　（　男・女　）  西暦　　　　　年　　　　月　　　　日生（　　　歳） | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 臨床診断 | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 臨床経過 | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 検査依頼内容 | |  | | | | | | **病 酵素活性検査【ろ紙血】** | | | | | | | | | | | |
| 検体採取日 | | 西暦　　　　　年　　　　月　　　　日 | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 連絡先 | 郵便番号 | **〒** |  | |  |  | | **-** | | |  | |  | |  | |  |  | |
| 住所 |  | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 施設名 |  | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 所属・診療科 | （ | | | | |  | | | | | | | | | | | | 科） |
| ふりがな |  | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 依頼医名 |  | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 電話 | TEL | |  | | | － | |  | | | | | － | |  | | | |
| e-mail |  | | | | | | | | ＠ | |  | | | | | | | |

※報告書の送付先が上記の依頼医と異なる場合は、こちらに所属と氏名をご記入下さい

|  |
| --- |
| 報告書送付先 |

・事前の連絡は必要ありません。

・検体送付の際、当申込書に必要事項をご記入の上、ろ紙検体を同封してお送り下さい．

送付先： 〒157-8535　東京都世田谷区大蔵2-10-1

国立研究開発法人 国立成育医療研究センター 臨床検査部 高度先進検査室

**検　査　申　込　書**【ろ紙血】

国立成育医療研究センター　臨床検査部

記入見本：ファブリー病の場合

高度先進検査室　小須賀　基通 殿

委託契約に基づき下記の検査を依頼します。

　　　　　　西暦　2023年　〇 月　〇　日

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 患者様の氏名もしくは匿名化番号，性別，生年月日  （年齢） | | ふりがな　　　　にほん　　　たろう  　　　日本　太郎　　　　様　　（　男・女　）  西暦　1970　年　　〇月　　〇日生（　〇〇　歳） | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 臨床診断 | | 例）心肥大 | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 臨床経過 | | 例）  ①所見：左心室後壁　13㎜など  ②他の所見：5歳頃より四肢疼痛、角膜混濁など  ③家族歴：母親が心不全、兄が透析、母方叔父が脳梗塞など | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 検査依頼内容 | | ファブリー | | | | | | **病 酵素活性検査【ろ紙血】** | | | | | | | | | | | |
| 検体採取日 | | 西暦　2023　年　　〇　月　　　〇　日 | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 連絡先 | 郵便番号 | **〒** | 0 | | 0 | 0 | | **-** | | | **0** | | **0** | | **0** | | **0** |  | |
| 住所 | □□県△△市○○町　0－0－0 | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 施設名 | □□県立△△総合病院 | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 所属・診療科 | （ | | | | | 循環器内 | | | | | | | | | | | | 科） |
| ふりがな | せかい　　じろう | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 依頼医名 | 世界　次郎 | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 電話 | TEL | | 000 | | | － | | 111 | | | | | － | | 2222 | | | |
| e-mail | sekaijiro | | | | | | | | ＠ | | Chikyu.com | | | | | | | |

※報告書の送付先が上記の依頼医と異なる場合は、こちらに所属と氏名をご記入下さい

|  |
| --- |
| 報告書送付先 |

・事前の連絡は必要ありません。

・検体送付の際、当申込書に必要事項をご記入の上、ろ紙検体を同封してお送り下さい．

送付先： 〒157-8535　東京都世田谷区大蔵2-10-1

国立研究開発法人 国立成育医療研究センター 臨床検査部 高度先進検査室

**検　査　申　込　書**【ろ紙血】

国立成育医療研究センター　臨床検査部

記入見本：ポンペ病の場合

高度先進検査室　小須賀　基通 殿

委託契約に基づき下記の検査を依頼します。

　　　　　　西暦　2023　年　〇 月　〇　日

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 患者様の氏名もしくは匿名化番号，性別，生年月日  （年齢） | | ふりがな　　　　　にほん　　　たろう  　　　日本　太郎　　　様　　（　男・女　）  西暦　1970　年　　〇月　　〇日生（　〇〇　歳） | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 臨床診断 | | 例）筋力低下 | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 臨床経過 | | 例）  ①所見：大腿の筋力低下など  ②他の所見：ＣＫの持続高値、呼吸器障害など  ③家族歴：（ご家族内にポンペ病、また本人同様の症状の方が  いる場合は記載） | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 検査依頼内容 | | ポンペ | | | | | | **病 酵素活性検査【ろ紙血】** | | | | | | | | | | | |
| 検体採取日 | | 西暦　2023　　年　　〇　月　　〇　日 | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 連絡先 | 郵便番号 | **〒** | 0 | | 0 | 0 | | **-** | | | **0** | | **0** | | **0** | | **0** |  | |
| 住所 | □□県△△市○○町　0－0－0 | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 施設名 | □□県立△△総合病院 | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 所属・診療科 | （ | | | | | 神経内 | | | | | | | | | | | | 科） |
| ふりがな | せかい　　じろう | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 依頼医名 | 世界　次郎 | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 電話 | TEL | | 000 | | | － | | 111 | | | | | － | | 2222 | | | |
| e-mail | sekaijiro | | | | | | | | ＠ | | Chikyu.com | | | | | | | |

※報告書の送付先が上記の依頼医と異なる場合は、こちらに所属と氏名をご記入下さい

|  |
| --- |
| 報告書送付先 |

・事前の連絡は必要ありません。

・検体送付の際、当申込書に必要事項をご記入の上、ろ紙検体を同封してお送り下さい．

送付先： 〒157-8535　東京都世田谷区大蔵2-10-1

国立研究開発法人 国立成育医療研究センター 臨床検査部 高度先