先天性代謝異常症多項目化学診断申込書

日本疾患メタボローム解析研究所　御中　　受付No.（　　）

☎ (076)254-1651　　受付日（　　年　　月　　日）

太線枠内にご記入下さい。

依頼項目（下記のいずれか1つを選択）	平成　　年　　月　　日
□ メタボローム解析 □ 新生児マススクリーニング二次検査 □ 特定疾患についての確認検査 □ 結石成因分析 □ モニタリング、フォローアップ	依頼者ご氏名 所属 住所（〒　　） Tel（　　）　　-　　内線 Fax（　　）　　-
患者ID：	e-mail address：

採取日	月　日　時	フリガナ		性別	男・女	外来・入院
依頼日	月　日	患者名		生年月日	年　月　日	
材　料 (　)本	□早朝一回尿　□発作時尿　□随時尿　□____時間蓄尿 □血清　□血漿　□導尿（　時～　時）　□その他（　　）					

判定の参考とさせて戴きますので下記にご記入下さい。

○投与薬剤（輸液を含む）

・特殊ミルク使用（ 無 , MCT ,　　）　・グリセロール使用（ 有 , 無 ）

・グルコース使用（ 有 , 無 ）

○臨床症状および検査所見

・全身状態（採尿時）：

・精神発達遅滞（ 有 , 無 , 不明 ）　・意識レベル：（ 低下 , 清明 ）

・嘔吐（ 有 , 無 ）　・痙攣（ 有 , 無 ）　・筋緊張低下（ 有 , 無 ）

・アシドーシス（ 有：BpH　BE　, 無 , 未検 ）　・ケトーシス（ 有 , 無 ）

・高乳酸血症（ 有：　mg/dl , 無 , 検査中 , 未検 ）　・低血糖（ 有：　mg/dl , 無 , 未検 ）

・高アンモニア血症（ 有：　μg/dl , 無 , 未検 ）

・合併症、その他の異常

○病　歴

○家族歴

○血族結婚（有, 無）

○その他

採尿等の注意：糖新生系異常症や脂肪酸代謝異常症では、寛解期の尿には明瞭な異常を認めないことが多いので、出来るだけ急性期の尿をお送り下さい。尚、急性期で治療前の尿が最適ですが、無ければ治療開始早期の尿をお送り下さい。