

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
 ☎ (076)254-1651

受付No. ()

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) <input type="checkbox"/> メタボローム解析 <input type="checkbox"/> 新生児マススクリーニング二次検査 <input type="checkbox"/> 特定疾患についての確認検査 <input type="checkbox"/> 結石成因分析 <input type="checkbox"/> モニタリング、フォローアップ	平成 年 月 日 依頼者ご氏名 所属 住所 (〒) Tel () - 内線 Fax () - e-mail address :
患者ID :	

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	<input type="checkbox"/> 早朝一回尿 <input type="checkbox"/> 発作時尿 <input type="checkbox"/> 随時尿 <input type="checkbox"/> __時間蓄尿 <input type="checkbox"/> 血清 <input type="checkbox"/> 血漿 <input type="checkbox"/> 導尿 (時~ 時) <input type="checkbox"/> その他 ()					

判定の参考とさせていただきますので下記にご記入下さい。

○投与薬剤 (輸液を含む)

- ・食餌療法 (無 , ケトン食 ,) ・グリセロール使用 (有 , 無)
- ・特殊ミルク使用 (無 , MCT ,) ・グルコース使用 (有 , 無)
- ・マンニトール使用 (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) ・嘔吐 (有 , 無) ・意識レベル : (低下 , 清明)
- ・癲癇 (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 , L/P 比)
- ・高アンモニア血症 (有 : μg/dl , 無 , 未検) ・低血糖 (有 : mg/dl , 無 , 未検)
- ・尿酸値異常 (高 , 低 , mg/dl , 無) ・尿路結石症 (有 , 無)
- ・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。