

検体送付日 / /

公益財団法人東京都予防医学協会 小児スクリーニング科 宛

〒162-8460東京都新宿区市谷砂土原町1-2-59

電話：03-3269-1172(直通)

[iraikentai@yobouigaku-tokyo.jp](mailto:iraikentai@yobouigaku-tokyo.jp)

## 依頼検査申込書

病院名	Tel	FAX
診療科名		
医師名	E-mail	

- 別紙「個人情報に関する取り扱い」について同意します。  
 別紙「検査実施手順・検査料金」について同意し、検査を申し込みます。

※検査結果報告書の郵送先が上記と異なる場合にはご記入ください。 報告先: \_\_\_\_\_

※検査料金の請求先が上記と異なる場合にはご記入ください。 請求先: \_\_\_\_\_

### 患者情報

フリガナ	性別	カルテNo (ID番号)
患者氏名	男 ・ 女	
出生日 / /	日齢・月齢・年齢	日・カ月・歳

### 依頼目的

マスクリーニング要精査例( \_\_\_\_\_ 疑い)       要精査例未診断例  
 診断確定例 (疾患名: \_\_\_\_\_)       臨床検体

### 依頼検体、検査項目および採取日時

※ろ紙血アミノ酸分析 (LC/MS/MS法) は検査依頼項目を明記してください。

<input type="checkbox"/> ろ紙血	<input type="checkbox"/> アミノ酸分析(LC/MS/MS法) 項目: <input type="checkbox"/> Phe <input type="checkbox"/> Tyr <input type="checkbox"/> Val <input type="checkbox"/> Leu <input type="checkbox"/> Ile <input type="checkbox"/> Met <input type="checkbox"/> Cit
	<input type="checkbox"/> タンデムマス分析 <input type="checkbox"/> ガラクトース検査 <input type="checkbox"/> 副腎過形成症検査 ステロイド分析5項目(LC/MS/MS法)
	採取日 / / { <input type="radio"/> 非発作時 <input type="radio"/> 発作時 <input type="radio"/> 寛解期 }
<input type="checkbox"/> 血清	<input type="checkbox"/> アミノ酸分析5項目以上(HPLC法) <input type="checkbox"/> タンデムマス分析
	採取日 / / { <input type="radio"/> 非発作時 <input type="radio"/> 発作時 <input type="radio"/> 寛解期 }
<input type="checkbox"/> 尿	<input type="checkbox"/> アミノ酸分析5項目以上(HPLC法) <input type="checkbox"/> 尿中有機酸分析 <input type="checkbox"/> タンデムマス分析(遊離カルニチンクリアランス測定時のみ)
	採取日 / / { <input type="radio"/> 非発作時 <input type="radio"/> 発作時 <input type="radio"/> 寛解期 }

### その他の特記事項

受付日 (協会記入)	受付No. (協会記入)
------------	--------------