

マススクリーニング関連疾患依頼検査依頼書(代謝異常症)

検査依頼日 年 月 日

(あて先)札幌市衛生研究所長

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ましたので、承諾書を添えてマススクリーニング関連疾患依頼検査を申込みます。また、追跡調査に参加することを了承します。

(衛生研究所記載用)

◆ 依頼者

医療機関名			
医師名		TEL	
E-mail			

受付日	/ /
ID	
C	
U	

◆ 患者氏名等

(フリガナ)		男・女	出生日 (西暦)	年	月	日
患者氏名			年齢	歳	か月	日

◆ 申込区分 (※本検査の初回申込の場合、保護者の承諾書が必要です。)

<input type="checkbox"/> 1. 初回申込	<input type="checkbox"/> 3. 新生児マススクリーニング 陽性者 ( 初回 ・ フォロー )
<input type="checkbox"/> 2. フォロー検査	<input type="checkbox"/> 4. その他(負荷試験等)( )

◆ 検査の目的

<input type="checkbox"/> 1. 疾患の診断目的	疾患名	<input type="checkbox"/> 3. 代謝異常症の否定
<input type="checkbox"/> 2. 患者のフォロー	(確定・疑い)	<input type="checkbox"/> 4. その他(負荷試験等)( )

◆ 依頼検査項目

※ 検査目的が「代謝異常症の否定」の場合、「タンデムマス検査」と「尿中有機酸分析」から選択してください。

ろ紙血	<input type="checkbox"/> タンデムマス検査 (アミノ酸13種、アシルカルニチン22種)	凍結尿	<input type="checkbox"/> 尿中有機酸分析
-----	---	-----	----------------------------------

※ 以下の検査項目については、確定疾患・疑い疾患に関連する項目のみご依頼ください。

ろ紙血	<input type="checkbox"/> ガラクトース関連	<input type="checkbox"/> ビオチニダーゼ活性	<input type="checkbox"/> 総ホモシステイン・システイン
凍結尿	<input type="checkbox"/> オロト酸	<input type="checkbox"/> 総ホモシステイン・システイン	<input type="checkbox"/> グリコサミノグリカン

◆ 検体情報

ろ紙血	採取日: 年 月 日	発作時・寛解期
凍結尿	採取日: 年 月 日	発作時・寛解期 1回尿・24時間尿

◆ 主訴・臨床経過

疾患名	家族歴の異常		
主訴・臨床経過	1 _____	2 _____	3 _____
使用中の薬剤	(ピボキシル基抗生剤使用: 有・無)		

◆ 臨床症状

嘔吐	有・無	呼吸障害	有・無	肝画像検査異常	有・無( )
哺乳不良	有・無	筋緊張低下	有・無	頭部画像検査異常	有・無( )
痙攣	有・無	身体発育不全	有・無	外表奇形	有・無( )
意識障害	有・無	精神発達遅滞	有・無	心筋症	有・無

◆ 検査所見

アシドーシス [ -・未検 ]	尿中ケトン体 [ +・-・未検 ]
・pH ( ) ・PO <sub>2</sub> ( )	血中ケトン体 ( μmol/l ) [ -・未検 ]
・PCO <sub>2</sub> ( ) ・HCO <sub>3</sub> <sup>-</sup> ( )	遊離脂肪酸 ( mEq/l )
・BE ( ) ・anion gap ( )	高アンモニア血症 ( μg/dl ) [ -・未検 ]
乳酸 ( mg/dl ) [ -・未検 ]	肝機能検査値 [ -・未検 ]
ピルビン酸 ( mg/dl ) [ -・未検 ]	・ALT ( U/l ) ・T-Bil( mg/dl ) ・CK ( IU/l )
低血糖 (・FBS mg/dl ) [ -・未検 ]	・AST ( U/l ) ・D-Bil( mg/dl )

◆ その他特記事項

--

連絡先:札幌市衛生研究所保健科学課  
母子スクリーニング検査係 電話: 011-841-7672  
E-mail: boshi\_screening@city.sapporo.jp