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

依頼検査申込書

病院名 診療科名	Tel
医師名	E-mail

☐ 本会 HPの「個人情報に関する取り扱い」および「検査実施手順・検査料金」に同意し、検査を申し込みます。

【検査結果報告先】

報告先同上：☐ 報告先：部署名＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿ 宛名＿＿＿＿＿＿

【請求先＊1】

請求先同上：☐ 請求先：部署名＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿ 宛名＿＿＿＿＿＿

※1 請求先が不明の場合、依頼元の診療科宛てに請求書を郵送いたします。**（月末締め翌月20日までに郵送）**

患者情報

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

依頼目的

☐ マス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

※2 単項目で依頼される場合、報告に必要な分析項目に☑をしてください。

☐ ろ紙血	☐ アミノ酸分析（LC/MS/MS法）*2 分析項目: ☐ Phe ☐ Tyr ☐ Val ☐ Leu ☐ Ile ☐ Met ☐ Cit ☐ タンデムマス分析 ☐ ガラクトース検査 ☐ 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 / / { ◯ 非発作時 ◯ 発作時 ◯ 寛解期 }
☐ 血清	☐ アミノ酸分析5項目以上（HPLC法） ☐ タンデムマス分析 採取日 / / { ◯ 非発作時 ◯ 発作時 ◯ 寛解期 }
☐ 尿	☐ アミノ酸分析5項目以上（HPLC法） ☐ 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 / / { ◯ 非発作時 ◯ 発作時 ◯ 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）	