

先天性代謝異常症多項目化学診断依頼書

日本疾患メタボローム解析研究所

日本疾患メタボローム解析研究所 行

受付No. ()
 受付日 (年 月 日)
 太線枠内に記入下さい。

平成 年 月 日
依頼者ご氏名
所属
住所 (〒)
Tel () - 内線
Fax () -

下記試料についてGC/MSメタボロミクスによる先天性代謝異常症多項目化学診断を依頼します。

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	<input type="checkbox"/> 早朝一回尿 <input type="checkbox"/> 発作時尿 <input type="checkbox"/> _時間蓄尿 <input type="checkbox"/> 随時尿 <input type="checkbox"/> 血清 <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)

- ・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)
- ・嘔吐 (有 , 無) ・痙攣 (有 , 無)
- ・アシドーシス (有 : BpH BE , 無 , 未検)
- ・高乳酸血症 (有 : mg/dl , 無 , 検査中 , 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
- ・意識レベル : (低下 , 清明)
- ・筋緊張低下 (有 , 無)
- ・ケトーシス (有 , 無)
- ・低血糖 (有 : mg/dl , 無 , 未検)

○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。