アミロイドーシス病型診断申込書

依頼日：　　年　　月　　日		依頼医師名：
連絡先	住所：〒	
	施設名：　　病院　　科	
	E-mail：	
	付記	

患者情報		
フリガナ 患者氏名：	生年月日：　　年　　月　　日	
	年齢：　　歳	性別：男性，　女性
臨床診断：		
主訴：	家族歴：有，　無，　不明	
症候のある臓器：末梢神経，自律神経系，心臓，腎臓，消化管，眼，その他（　　）		
アミロイド沈着：有，　無，　不明，　検出部位（　　）		
初発症候：	発症時期：	
病歴：		

検査結果	
血清の免疫電気泳動または免疫固定法：	
遊離軽鎖（FLC）：κ　　mg/L; λ　　mg/L; κ/λ比	
尿免疫電気泳動（BJP）：	血清アミロイドA：　　μg/ml

依頼項目

□ATTR 型家族性アミロイドポリニューロパチー（遺伝性 ATTR アミロイドーシス）
トランスサイレチンの、質量分析（血清）＋ 遺伝子検査（血液）のセットです。
必ず血清　(約 5 ml、遠心分離後、冷凍)、血液（EDTA 採血管に採取した全血、冷蔵）の両方をお送りください。

□免疫組織化学染色
ATTR（家族性アミロイドポリニューロパチー，老人性全身性アミロイドーシス）
AL（免疫グロブリン性アミロイドーシス;κ，λ），AA（反応性/ 二次性アミロイドーシス）
Aβ2M（透析アミロイドーシス）などについて検討します。
※未染色スライド 20 枚をお送りください。※病理報告書コピーを同封してください。

熊本大学医学部附属病院 アミロイドーシス診療センター