

アミロイドーシス病型診断申込書

【依頼日】 年 月 日
【依頼者】 病院 科 先生

連絡先 TEL:

連絡先 E-mail:

【依頼項目】

- ☐ 遺伝性トランスサイレチンアミロイドーシス/トランスサイレチン型家族性アミロイドポリニューロパチー(ATTR-FAP):トランスサイレチンに対する、質量分析(血清)+ 遺伝子検査(血液)のセットです。必ず血清(約5mlを、遠心分離後、冷凍)、血液(EDTA 採血管に採取した全血、冷蔵)双方をお送りください。
- ☐ 免疫組織化学染色(解析希望の項目をチェックしてください。)
- ☐ おまかせ(臨床症候から必要と思われる項目を解析いたします。)
- ☐ AL(λ μ アミロイドーシス、☐ AA アミロイドーシス、
- ☐ ATTR アミロイドーシス(FAP、SSA)、☐ 透析関連アミロイドーシス
- ☐ その他()

[組織部位]

※未染色スライド 20 枚、もしくは組織パラフィンプロックをお送りください。

※病理診断のコピーを同封して下さい。

【患者情報】

ふりがな

- ・患者氏名 性別:男性・女性
- ・生年月日(年齢) 年 月 日 (歳)
- ・アミロイド沈着の有無(あり、なし、不明) ※ありの場合は検出部位()

主訴 家族歴(あり、なし) 臨床診断

症候のある臓器(☐心臓、☐腎臓、☐消化管、☐神経、☐眼、☐その他())

初期症状

発症時期

病歴

(血清の免疫電気泳動法又は免疫固定法、蛋白分画、尿の免疫電気泳動法(BJP)、遊離軽鎖(FLC)の情報)

*** 受け取りを確実にするため、検体発送の際には当方への到着が土、日、祝日にならないよう、十分ご配慮ください。**

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