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-mai：

【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5 ml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, κ) 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