

遺伝性疾患の遺伝子診断 申込書

【依頼日】_____年_____月_____日

【依頼者】_____病院_____科 _____先生
(連絡先 TEL: _____)

【依頼項目】(解析希望の項目をチェックしてください。)

遺伝性脊髄小脳変性症

SCA1、 SCA2、 SCA3、 SCA6、 DRPLA

球脊髄性筋萎縮症(SBMA)

ハンチントン病

眼咽頭筋ジストロフィー

※全血(EDTA-2Na, もしくは 2K)7 ml 程度を 2 本、冷蔵保存しお送りください。

【患者情報】

- ・患者氏名 (もしくは ID), 性別 _____、男性, 女性
- ・生年月日 (年齢) _____年_____月_____日 (_____歳)

【病歴(簡略で結構です。)]

主訴 _____、家族歴 (あり、なし)

【結果送付希望日(次回受診日)] _____年_____月_____日

※基本的には依頼日より 1 か月お時間を頂きたいと存じます。

病状などの理由にて早急に結果判定が必要な場合はこの限りではございません。

【残余検体の研究目的使用】 (可、不可、再確認必要)

熊本大学大学院生命科学研究部脳神経内科学講座