

## 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

Tel:

E-mail:

【依頼臓器】 ( )

生検標本、手術標本、剖検標本、その他 ( )

※免疫染色用未染標本 10 枚をお送り下さい。

※病理診断報告書のコピーを添付して下さい。

【依頼項目】

抗体パネル (抗 AL $\kappa$ , AL $\lambda$ , ATTR, AA, A $\beta$ 2M 抗体) による免疫染色

その他 ( )

【患者情報】

・氏名 (イニシアル可) : ( 歳、男性・女性)

・臨床診断:

・既往歴・家族歴:

・現病歴:

・障害臓器: 心臓、腎臓、肝臓、消化管、神経、その他 ( )

・アミロイド沈着の有無: 有 (検出部位 )、無、不明

※血清免疫電気泳動法又は免疫固定法、遊離軽鎖 FLC、尿免疫電気泳動法 (BJP) の情報が有れば記入して下さい。

アミロイドーシスに関する調査研究班  
厚生労働省難治性疾患政策研究事業  
amyloid@med.u-fukui.ac.jp