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ALκ, ALλ, ATTR, AA, Aβ2M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