

依頼年月日： 年 月 日

原発性免疫不全症・ライゾーム病・脊髄性筋萎縮症検査依頼書（新生児以外用）

（あて先）北海道薬剤師会公衆衛生検査センター

受検者には、検査の説明を行い、検査の必要性などを十分理解してもらいましたので、検査申込書（兼同意書）を添えて、原発性免疫不全症・ライゾーム病・脊髄性筋萎縮症検査を申込みます。

◆依頼者

医療機関名			
医師名		電話	
E-mail			

（センター記載用）	
受付日	
ID	
ろ紙血	

◆患者氏名等

（フリガナ）		男・女	誕生日	（西暦）	年	月	日
患者氏名			年齢		歳	か	月
			採血日	（西暦）	年	月	日

◆検査の目的

<input type="checkbox"/> 1. 保護者の希望	<input type="checkbox"/> 原発性免疫不全症
<input type="checkbox"/> 2. ハイリスク児の診断・否定	<input type="checkbox"/> ライゾーム病（ ）
<input type="checkbox"/> 3. その他（ ）	<input type="checkbox"/> 脊髄性筋萎縮症

◆検査項目

（スクリーニングのセット検査として、全例に①②③の検査を実施します）

ろ紙血	① 原発性免疫不全症検査（TREC, KREC定量PCR検査）
	② ライゾーム病責任酵素活性測定検査（4-MU蛍光測定検査*） 対象疾患：ポンペ病、ファブリー病、ゴーシェ病、ムコ多糖症1型・2型 *4-MU検査で活性低下が確認された場合、LC-MSMSでの検査を実施いたします。
	③ 脊髄性筋萎縮症検査（SMN1の欠失を確認する定量PCR検査）

◆特記事項など

（使用中の薬剤等： ）

◆検査料金 6,600円（税込）

・通常の追加検査と同様に、1か月単位で医療機関ごとに請求させていただきます。



連絡先：北海道薬剤師会公衆衛生検査センター
電話：011-824-9414 FAX：011-824-9418
E-mail：dyk-taisha@douyakken.or.jp