こども病院記載欄	検体番号:

ろ紙血 検査依頼書

医療機関名			
担当医	部署 ：	氏名 ：	
連絡先	電話番号 ：	内線（　　）	FAX ：
	e-mail ：		

患者氏名			
生年月日／性別	年　月　日　男 ／ 女		
採血日	20　年　月　日	依頼日	20　年　月　日

検査項目

- □ ガラクトース
- □ 17ーﾋﾄﾞﾛｷｼﾌﾟﾛｹﾞｽﾃﾛﾝ（17α-OHP）
- □ アミノ酸
- □ タンデムマス（必ず右の**臨床所見**を記載してください）

検査の目的

- □ ①代謝異常症の否定
- □ ②代謝異常症疑い
  疑疾患名:
- □ ③確定疾患のフォロー
  疾患名:

臨床診断・主訴・経過・所見

結果解釈の参考となりますので簡潔にご記入ください

検体採取時の**使用薬剤**　全てご記入下さい。

臨床所見（すべての項目にチェックしてください）

	有	無	不明
血族結婚	□	□	□
家族歴異常	□	□	□
具体的に［　　］			
新生児期の異常	□	□	□
具体的に［　　］			
特異顔貌	□	□	□
具体的に［　　］			
頭位拡大・小頭	□	□	□
哺乳力不良	□	□	□
筋緊張低下	□	□	□
急性脳症	□	□	□
てんかん様症状	□	□	□
SIDS様症状	□	□	□
嘔吐発作	□	□	□
体重増加不良	□	□	□
発達遅滞	□	□	□
尿臭・体臭の異	□	□	□
がんこな湿疹	□	□	□
肝腫大	□	□	□
心拡大	□	□	□

	有	無	不明
尿ケトン陽性	□	□	□
値［　　］			
アシドーシス	□	□	□
高乳酸血症	□	□	□
数値［　　mg/dl］			
低血糖	□	□	□
数値［　　mg/dl］			
遊離脂肪酸			
数値［　　mEq/ℓ］			
高NH3血症	□	□	□
数値［　　μg/dl］			
血中ケトン体分画			
未検 □			
総ケトン体（　　μmol/ℓ）			
3Hβ（　　μmol/ℓ）			
AcAc（　　μmol/ℓ）			
肝機能異常	□	□	□
数値［　　］			
CK高値	□	□	□
数値［　　］			
貧血	□	□	□
好中球減少	□	□	□
電解質異常	□	□	□
数値［　　］			

長野県立こども病院　臨床検査科　ﾏｽｽｸﾘｰﾆﾝｸﾞ検査室　　TEL ： 0263－73－5354