

マスキリーニング関連疾患依頼検査依頼書(内分泌)

検体送付日: _____ 年 _____ 月 _____ 日

(衛生研究所記載用)

検体受付日: _____ 年 _____ 月 _____ 日

結果報告日: _____ 年 _____ 月 _____ 日

(あて先)札幌市衛生研究所長

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、承諾書を添えてマスキリーニング関連疾患依頼検査を申し込みます。また、追跡調査に参加することを了承します。

◆依頼者

医療機関名	
医師名	電話() -
E-mail	

◆患者 ※初回申込の場合、保護者の承諾書が必要です。

	検査項目		(衛生研究所記載用)	
	甲状腺	副腎	ID	区分・スクリーニング ID
フリガナ				
児氏名	男・女	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
出生日	年 月 日 年齢 歳 カ月 日			
フリガナ				
母氏名		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
備考				
フリガナ				
児氏名	男・女	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
出生日	年 月 日 年齢 歳 カ月 日			
フリガナ				
母氏名		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
備考				
フリガナ				
児氏名	男・女	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
出生日	年 月 日 年齢 歳 カ月 日			
フリガナ				
母氏名		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
備考				
フリガナ				
児氏名	男・女	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
出生日	年 月 日 年齢 歳 カ月 日			
フリガナ				
母氏名		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
備考				

検査内容

- ・副腎検査(ろ紙血): 17-OHP、コルチゾール、11-DOF、21-DOF、アンドロステンジオン
- ・甲状腺検査(ろ紙血): TSH、FT4