

胆汁酸分析依頼用紙 (ページ2)		患児名:							
家族歴	血族結婚	有・無・不明	家族内での原因不明の肝疾患による死亡	有・無・不明					
	その他								
既往歴	低出生体重	有・無・不明	仮死	有・無・不明					
	IVH(TPN)	有・無・不明	ガスリー再検	有・無・不明					
その他									
臨床検査	検査年月日	平成	年	月	日	～	月	日	
	T-Bil	mg/dL	T-Cho	mg/dL	血清総胆汁酸	μmol/L			
	D-Bil	mg/dL	NH ₃	μg/dL	シトルリン	μmol/L			
	AST	IU/L	HPT	%	チロジン	μmol/L			
	ALT	IU/L	albumin	g/dL	血中ブドウ糖	mg/dL			
	γ-GTP	IU/L	ferritin	ng/mL					
	肝生検診断(所見)、肝・胆道系エコー及びシンチ所見等(記入欄不足の際は別紙添付をお願いします)								
	チェックリスト	凝固能異常	有・無・不明	意識障害	有・無・不明	網膜色素変性	有・無・不明		
黄疸(生下時より)		有・無・不明	心雑音	有・無・不明	精神運動発達遅滞	有・無・不明			
黄疸持続		有・無	～	呼吸器障害	有・無・不明	大泉門・縫合の開大	有・無・不明		
慢性下痢		有・無・不明	筋緊張低下	有・無・不明	頭部CT・MRI異常	有・無・不明			
白内障		有・無・不明	ビタミンE欠乏症	有・無・不明	肝腫	cm			
黄色腫		有・無・不明	皮膚掻痒感	有・無・不明	脾腫	cm			
灰白色便		有・無・不明	特異的顔貌	有・無・不明					
依頼者	医療機関名及び部科								
	氏名				E-mail				
	〒				住所				
	電話				FAX				
備考									
<p>※:この用紙は、検体とともに冷凍宅急便にて以下の所までお送り下さい。</p> <p>〒152-0011 東京都目黒区原町 2-1-24 (Tel 03-5704-4092 FAX 03-5704-5820)</p> <p>医療法人 社団 順伸クリニック 胆汁酸研究所 担当 入戸野 博、武井 一 E-mail: bile-res@eco.ocn.ne.jp</p>									
<p><分析費用について></p> <p>1症例につき20,000円です(尿・血清・胆汁の3種依頼でも総額2万円)。なお、日本小児栄養消化器肝臓病学会員、日本小児胆汁酸研究会員の加盟の方は、分析費用が半額になります。また、請求先を以下の欄にご記入ください。</p>									