

「TTR遺伝子変異解析」 結果判定医変更と専用依頼書改訂

拝啓 時下益々ご清栄のこととお慶び申し上げます。

平素は格別のお引き立てをいただき、厚くお礼申し上げます。

さてこのたび、標記項目の結果判定医の変更と専用依頼書を別掲のとおり改訂させていただきますので、ご案内いたします。

誠に勝手ではございますが、何卒ご了承の程お願い申し上げます。

敬具

記

対象項目／変更内容

● [45300] TTR遺伝子変異解析

| 変更内容 | 新 | 旧 |
|---------------|---|--------------------|
| 結果判定 (判定医) | ・信州大学医学部医学科内科学第三教室 ・熊本大学大学院生命科学研究部 脳神経内科学講座 | ・信州大学医学部医学科内科学第三教室 |
| 依頼書改訂箇所 | 別掲(見本)を参照 | — |

※改訂版専用依頼書は、弊社担当員からお届けいたします。

変更期日

● 2021年5月6日(木)受付日分より

(お願い)

5月6日(木)ご依頼分より、改訂版依頼書をご利用いただきますようお願いいたします。



「TTR遺伝子変異解析／改訂版依頼書」

「TTR遺伝子変異解析 専用依頼書」は5月6日(木)受付日分より、下記内容を変更させていただきま
すので、ご依頼に際しましては改訂版依頼書をご利用いただきますようお願いいたします。

本検査では遺伝子塩基配列の決定をLSIメディエンスで行い、解析ならびに結果判定を信州大学医学
部医学科内科学第三教室にて行って参りましたが、5月6日以降、新たに熊本大学大学院生命科学研究
部脳神経内科学講座を追加いたします。

また、本検査結果の疫学解析等の研究への利用に「同意する」「同意しない」の欄、および関連する文
言を削除いたします。

改訂版 依頼書(見本)

（ ） 殿

※本欄内は必ずご記入下さい。(欄外部分以外の情報は3枚目以降には書き込まれません。)
※姓検査名は匿名化をお願いします。匿名番号は、カナおよび英数字17桁以内でご記入下さい。
※検査名は「匿名番号」でご報告いたします。

| | |
|-------|------|
| 匿名番号 | |
| 氏名 | |
| ID | 生年月日 |
| カルテID | 男・女 |
| 担当医名 | 才 |

科名 入外 陽数 病棟

提出日 年 月 日

採取日 年 月 日

提出材料

| | |
|------|----|
| EDTA | 冷蔵 |
| 加血液 | 4℃ |

DNA返却 要

株式会社LSIメディエンス

遺伝学的検査依頼書

遺伝子検査

12345 678

お問い合わせ先
遺伝子解析部 遺伝子検査グループ
TEL 03-5994-2496 FAX 03-5994-2973

貴院控

受領印

検査に当たり、被検者への十分なご説明をいただき、被検者ご自身の承諾が文書で得られた場合にのみ検査の受託を
させていただきます。依頼書の被検者名はプライバシー保護のため、匿名化をお願いします。
また、検査前後の被検者への十分なカウンセリングを併せてお願い致します。
日本医学会等・遺伝学的検査に関わる各種ガイドラインにて、医療機関が留意すべき基本事項と原則として求められております。

T T R 遺伝子変異解析 専用依頼書

| 項目コード | 検査項目名 | 材料 | 検体量 | 保存 | 実施料 |
|---|---------------|-----------------|------|----|-------|
| <input checked="" type="checkbox"/> 45300 | T T R 遺伝子変異解析 | E D T A 加血液(14) | 5 mL | 冷蔵 | 3,880 |

遺伝学的検査の種類 (下記のいずれかにチェックしてください)

発症者の診断

発症前診断*

*発症前診断の場合には、検査前および検査後に遺伝カウンセリング部門での専門的な遺伝カウンセリングが必要です。

所見記入欄

| | | | |
|----------------|--------------------------------|--------------------------------|----------------------------------|
| 生検でのアミロイド沈着の確認 | <input type="checkbox"/> 実施・陽性 | <input type="checkbox"/> 実施・陰性 | <input type="checkbox"/> 実施していない |
| 末梢神経障害 | <input type="checkbox"/> あり | <input type="checkbox"/> なし | |
| 自律神経障害 | <input type="checkbox"/> あり | <input type="checkbox"/> なし | |
| 消化管症状 | <input type="checkbox"/> あり | <input type="checkbox"/> なし | |
| 心症状 | <input type="checkbox"/> あり | <input type="checkbox"/> なし | |
| 眼症状 | <input type="checkbox"/> あり | <input type="checkbox"/> なし | |
| その他 特記事項 () | | | |

本検査では T T R 遺伝子の塩基配列決定を L S I メディエンスで行い、解析ならびに結果判定を信州大
学医学部医学科内科学第三教室、または、熊本大学大学院生命科学研究部脳神経内科学講座にて行いま
す。

本検査だけでは、家族性アミロイドポリニューロパチー(FAP)の診断はできません。

【検体回収の連絡先】

12345678
匿名番号
MT-1234
血液

12345 678

匿名番号

材料
(本欄は「マルク」その他)

月 日 ()