

* * 先天性CMV感染症診断 申込書 * *

施設名 _____ 所属名 _____

施設住所 _____

主治医名 _____

FAX番号 _____ (検査受諾の可否・結果をお伝えします)

電話番号 _____ (申込書に不備があったとき問い合わせます)

患者情報 (下線部は必須です、記載漏れの場合受諾できないことがあります)

母妊娠歴 __回妊娠 __回経産 同胞の数__人 出産時年齢 __歳

IUGR (無・有・妊娠 __週から) 胎児エコー所見 (_____)妊娠中のCMV感染症 (有・無・不明) 有の場合 (初感染・再感染・不明)

初・再感染の判定根拠 (_____)

生年月日 _____年__月__日 (男・女) Apgar score 1分__点/5分__点

在胎週数 __週 __日 出生体重 _____g 身長 _____cm 頭囲 _____cm

日齢 __日 (申請時の日齢)

先天性CMV感染症を疑う根拠

CMV-IgM結果 値(_____) 方法(_____)

CMV-IgG結果 値(_____) 方法(_____)

その他のウイルス学的検査結果 (_____)

頭部画像異常 (例:石灰化、脳室拡大、脳萎縮、皮質形成異常、白質信号変化等)

有・無 方法(_____) 所見 (_____)小頭症 (−1.5SD以下) 有・無 (____ SD)肝障害 (ALT≥100IU/L) 有・無 (ALT____IU/L)血小板減少 (≤15万/mm³) 有・無 値 (_____/mm³)AABR pass・refer・未検 referの場合 (右側・左側・両側)ABR異常あり・ABR異常なし・未検 所見 (_____)患者同意 有・無 (同意が無い場合は検査受諾できません)

検体 原則として全尿を提出して頂きます。全尿1mLを採取、冷蔵(4℃)保存してください。

尿(全尿) 有・無 採取(__月__日、生後__日) (済・予定) 保存方法 (冷蔵・凍結)生後3週を過ぎており、他に保存検体がない場合のみ全血 (ヘパリン血は不可) も受け付けます。

全血 量(____mL) 採取(__月__日、生後__日) 保存方法 (冷蔵・凍結)

連絡事項(あれば)

以上、相違ありません。

署名 _____