

脳小血管病・白質脳症・認知症 遺伝子検査申込書 No. _____

採血年月日 _____年__月__日

施設名 _____ (_____ 科)

主治医名 _____ (_____)

ご連絡のメールアドレス (_____ @ _____)

ふりがな

患者氏名 _____ (ID番号 _____)

生年月日 (M T S H) ____年__月__日 (____ 歳) (男 女)

病名 _____ (※多発性硬化症などを疑っている場合はその通り記載ください)

解析依頼遺伝子

今後の後方視的な解析研究のために、疑っている疾患名/遺伝子名にチェック(複数回答可)をお願いします。
チェックの有無に関わらず、全66遺伝子を網羅的に検査致しますが、ご協力のほどお願い申し上げます。

脳小血管病(全8遺伝子)

白質脳症等(全42遺伝子)

認知症(全15遺伝子)

<input type="checkbox"/> CADASIL(NOTCH3) <input type="checkbox"/> CARASIL / HTRA1関連疾患(HTRA1) <input type="checkbox"/> COL4A1A2関連疾患(COL4A1/A2) <input type="checkbox"/> Fabry病(GLA) <input type="checkbox"/> RVCL(TREX1) <input type="checkbox"/> 他(_____)	<input type="checkbox"/> vWMD(EIF2B1-5) <input type="checkbox"/> HDLS / ALSP(CSF1R) <input type="checkbox"/> Alexander病(GFAP) <input type="checkbox"/> 副腎白質ジストロフィ(ABCD1) <input type="checkbox"/> Krabbe病(GALC) <input type="checkbox"/> 髄鞘形成不全関連疾患 (<input type="checkbox"/> MLC1, <input type="checkbox"/> 他(_____)) <input type="checkbox"/> 他(_____)	Alzheimer病 <input type="checkbox"/> APP <input type="checkbox"/> PSEN1/PSEN2 FTLD <input type="checkbox"/> GRN <input type="checkbox"/> MAPT <input type="checkbox"/> VCP <input type="checkbox"/> FUS <input type="checkbox"/> 他(_____)
--	---	--

※ 解析遺伝子についてご質問があればご連絡ください。

※ 検査の目的 (遺伝性疾患の除外のため ・ 遺伝性疾患を強く疑うため) どちらかに○をして下さい

※ 発症年齢 (_____) 歳 おおよそで結構ですので必ず記載して下さい

・臨床情報・神経学的所見(初診時カルテや退院サマリーで可)
・MRI画像 (CD-R) ※脳小血管病疑いはT2*もしくはSWI画像も極力含めてください
を添付してお送りくだされば、測定いたしますのでよろしくお願いいたします。

※ 脳卒中、認知症、パーキンソニズム、歩行障害などの家族歴 (あり なし)

下記に可能な限り家系図を記載して下さい