

2025年10月29日

診療科長 医局長
病棟医長 外来医長
中央診療施設副部長 殿
看護部長 看護師長
事務部長

検査部 外注検査作業室

検査部回報 2025-No.36

外注検査新規項目受託開始のお知らせ

外注検査委員会で承認されました検査項目を下記期日より開始致しますので、
ご案内いたします。

記

< 開始項目 >

- ① 家族性低βリポタンパク血症遺伝子解析
- ② 無βリポタンパク血症遺伝子解析
- ③ 原発性高カイロミクロン血症遺伝子解析
- ④ タンジール病遺伝子解析

※家族性高コレステロール血症遺伝子解析は既存項目のためオーダー可能です。

測定原理	次世代シークエンス (NGS) 法
材料	全血
	B-30
採取容器	 ※ <u>BMJ専用依頼書</u> が必要です。

<専用依頼書の記入箇所>

遺伝学的検査依頼書 ①担当医控
250930-001 管理コード
880-19

依頼書コード
GC-4-1

赤枠内の記載をお願い致します

カルテ No. (ID)	
カタカナ 氏名	

生年月日

エンボスカードをご使用の際には、必ずこの枠に合わせてください。

科名	内科	消化	小児	精神	外科	脳外	泌尿	その他科名記入欄
産科	婦人	耳鼻	眼科	ドック	神内	遺伝		
外来	入院							
入院								
病棟								
担当医 (かが)	888888888888888888							

医者番号

CF0702



CF0702

弊社の報告書患者名欄には、このID番号のみが記載されます。

お願い

この控書は患者名と匿名化IDを結び付ける唯一の手段です。

弊社からの結果報告が完了するまで、必ずお手元に保管願います。

CF0702



CF0702

弊社の報告書患者名欄には、このID番号のみが記載されます。

この検査依頼書は遺伝学的検査のための匿名化依頼書です。

【ご使用の際のお願い】

1. 通常の手順で必要欄をご記入ください。

2. 採血管には患者名を記入せず、下の添付ラベル(ID番号)を貼ってください。

遺伝学的検査は単独依頼 お願いします。

生化学検査等を同時にご依頼される場合は、別途通常の依頼書を使用してください。

←【必須】※必ずご記入ください。

脂質異常症遺伝子変異解析(5項目)

材料: 末梢血 2mL (B-30)

保存条件: 冷蔵(4°C)

【検査項目】◎ご依頼の検査項目1つのみにチェック□をご記入ください。

- 14053 家族性高コレステロール血症遺伝子解析(Ver.2)
- 14054 無βリボタンパク血症遺伝子解析
- 14055 家族性低βリボタンパク血症1遺伝子解析
- 14056 原発性高カリオミクロン血症遺伝子解析
- 14057 タンジール病遺伝子解析

アルツハイマー病のリスクとされるアポE遺伝子型(ε 4)多型が認められた場合に報告を、

□希望する □希望しない

*アポE遺伝子型(ε 4)多型につきましては、脂質異常症遺伝子変異解析としては、希望が無い場合は原則報告しておりません。

【臨床所見】◎下記の臨床所見に可能な範囲で、チェック□もしくは記載をお願いいたします。

性別・年齢: □男性 ()歳 □女性 ()歳

家族性高コレステロール血症疑いの場合にチェック□をお願いします。: □FHヘテロ疑い □FHホモ疑い □不明

脂質値: □未治療時 □治療中

総コレステロール ()mg/dL 中性脂肪 ()mg/dL HDLコレステロール ()mg/dL

LDLコレステロール ()mg/dL

アポリポ蛋白A-I ()mg/dL アポリポ蛋白B ()mg/dL アポリポ蛋白C-II ()mg/dL

身体所見: -腱黄色腫 あり なし 不明 -冠動脈疾患 あり なし 不明

-その他()

家族歴: あり なし 不明

治療内容:()

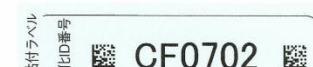
特記事項:()

*本検査は、シークエンス解析を弊社で実施し、検出された遺伝子変異と病原性の関係については専門医と相談の上で判定いたします。上記の所見は、判定の際に必要な情報となりますので、ご記入をお願いいたします。

検体ラベル
検体には患者名を記入せずにこのラベルを貼付してください。



補助ラベル
匿名化IDをお手元に記録しておこなに、カルテや出検ノート等にご利用ください。



< 開始日 >
2025年11月4日(火)より

上記についてのお問い合わせは、外注検査作業室（内線7254）までお願い致します。