

プリオン病診断支援により登録され、既にプリオン病が否定されている場合のサーベイランス調査票

サーベイ ランスNo		イニシャル (姓・名)		性別	1. 男 2. 女	生年 月日	明治、大正 昭和、平成	年	月	日
検査	3) 脳脊髄液 検査時期: 平成 年 月 日 (検査施設:) 14-3-3 (正・増) 総tau蛋白(pg/ml) 4) プリオン蛋白(PrP)遺伝子検査 1. 施行 [変異 1. 有 2. 無 3. 不明 内容()] 2. 未施行 コドン129の多型 Met/Met Met/Val Val/Val コドン219の多型 Glu/Glu Glu/Lys Lys/Lys 検査時期: 平成 年 月 日 (検査施設:)									
診断	その他 1. ほぼ否定 (他の疾患の可能性が高いが確定診断に至ってない例 疑われる疾患名:) 2. 確実に否定 (他の疾患の確定診断が可能な例 診断名:) *診断の根拠となる臨床経過、神経所見、検査所見など ()									
主治医 所属施設	所属施設名 住所 〒					電話番号 主治医名				
調査日 調査方法	平成 年 月 日 1. 電話調査 2. その他()									
都道府県 CJD担当 専門医	コメント					所属・氏名(サイン, 複数での調査は連名で)				
サーベイ ランス委員	コメント					所属・氏名(サイン, 複数での調査は連名で)				