嚢胞性線維症（膵嚢胞線維症）登録制度

**主治医登録申請書**

記入日：　　　　年　　月　　日

先生のお名前：

所属施設・診療科：

連絡先：　〒

TEL: FAX: E-mail:

患者さんの年齢：　　　　歳 性別：　男　女

当てはまる項目にチェックをお願いします。

* 汗中Cl-濃度 □：異常高値 □：正常値 □：未施行
* 膵外分泌不全 □：あり □：なし □：未施行

（脂肪便あるいは膵外分泌機能検査の低値）

* 呼吸器症状 □：あり □：なし

（繰り返す気道感染、気管支拡張症）

* 胎便性イレウス □：あり □：なし □：不明
* 嚢胞性線維症の家族歴 □：あり □：なし
* CFTR遺伝子変異 □：あり □：なし □：未施行

お手数ですが、下記事務局まで郵送ください。

〒464-8601　名古屋市千種区不老町E5-2 (130)

名古屋大学総合保健体育科学センター　健康栄養医学

嚢胞性線維症（膵嚢胞線維症）登録制度事務局

石黒　洋

TEL/FAX: 052-744-2183

E-mail: ishiguro@htc.nagoya-u.ac.jp