

嚢胞性線維症(腭嚢胞線維症)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 CI濃度  : 異常高値  : 正常値  : 未施行
- 腭外分泌不全  : あり  : なし  : 未施行  
(脂肪便あるいは腭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(嚢嚢胞線維症)登録制度事務局

石黒 洋

TEL/FAX: 052-744-2183

E-mail: [ishiguro@htc.nagoya-u.ac.jp](mailto:ishiguro@htc.nagoya-u.ac.jp)