**症例・検体情報提供書**

(患者様の個人情報は記載しないでください)

１）患者年齢：　　　歳、性別：　男・女　（患者登録ID：　　　　　　　　　　）

２）検体種・採取日

・血液（全血・血漿・血清）：採取日（　　年　月　日）（　　年　月　日）

・脳脊髄液：採取日（　　年　月　日）（　　年　月　日）

・その他（　　　　　　）採取日（　　年　月　日）（　　年　月　日）

３）トキソプラズマ抗体（複数回測定されていれば全て記載ください）

・IgG　陽性(値：　　　)・陰性（測定日　　年　月　日）

・IgG　陽性(値：　　　)・陰性（測定日　　年　月　日）

・IgM　陽性(値：　　　)・陰性（測定日　　年　月　日）

・IgM　陽性(値：　　　)・陰性（測定日　　年　月　日）

４）基礎疾患および治療内容（年月を含めた診断からの経緯を現在の免疫抑制状態がわかるように記載ください）

基礎疾患：

治療経過：

検査所見：白血球数　　　/l、リンパ球数 /l、CD4+細胞数　　　　/l、

IgG mg/dl。髄液検査：TP g/dl, 細胞数　　/l(単核球　　　/l；多核球　　　/l)

５）トキソプラズマ症が疑われる臨床情報（関連臓器、検査値等）

・関連臓器（可能性ある臓器に○）：脳、肺、肝臓、心臓、その他（　　　　　　　　　）

・トキソプラズマ症（疑い）の経過：

・

特記すべき検査値の異常：

記載者：所属施設名と部門：　　　　　　　　　　　　、氏名：

連絡先：電話：　　　　　　　 、FAX：　　　　　　　、E-mail: