

＜アマンタジン 測定用 検体取扱法＞

EDTA・2Na 採血管にて採血を行い 遠心分離(3000rpm.10min)した血漿(2ml 以上)を**凍結**状態で送ってください。

検体はチューブごとに名前または記号、採血時刻を明記し、**発泡スチロール**容器に**ドライアイス**とともに**梱包**のうえ、申込書を同封し、宅配便の**冷凍便**で送付してください。

危険ですので封筒での郵送は行わないようご注意ください。

受付は**平日（月～金）の午前中指定**で送ってくださいますようお願いいたします。

土日、祭日等は受け取りが出来ませんので、送付時にはご注意ください。

お手数ですが、発送後に E-mail : clpharma@m.ehime-u.ac.jp に運送会社と追跡番号をご一報いただけますと幸いです。

測定結果は後日コメントをつけて返信いたします。

宛先：〒791-0295

愛媛県東温市志津川454

愛媛大学大学院医学系研究科 臨床薬理学

永井 将弘 宛

TEL : 089-960-5095 FAX : 089-960-5938

E-mail : mnagai@m.ehime-u.ac.jp

受付日 (年 月 日) 報告書番号 ()

塩酸アマンタジン血中濃度測定申込書

フリガナ
申込者 _____ 病院 _____ 科 _____ 先生 _____

住所 _____

TEL : _____ FAX : _____

e-mail : _____

フリガナ
患者氏名 _____

年齢 _____ 歳 性別 _____ 体重 _____ kg 身長 _____ cm

採血日時 _____ 年 月 日 時

アマンタジン服薬日時 _____ 月 日 時

臨床診断 _____

【現病歴】

ミオクローヌス 有・無 幻覚・興奮 有・無

【検査値】血清クレアチニン _____mg/dl

クレアチニンクリアランス _____ml/min

【内服薬】