

FAX/郵送用

未診断疾患プログラム エントリーシート 平成 年 月 日

歲

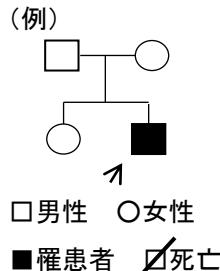
性別 男・女

遺伝性疾患 と考える根 拠

診療情報・紹介元医療機関情報

遺伝性疾患と考える根拠

□家族性である（家系図を下にご記入下さい）



□多系統疾患である（下記から疾患領域を選択、複数選択可）

- 先天異常 神経・筋 腎・泌尿器 呼吸器 循環器
血液 内分泌・代謝 消化器 皮膚 耳鼻咽喉
眼 精神 その他（ ）

主訴

現病歴

出生時（在胎週）：体重_____g、体長_____cm、頭囲_____cm
現在：体重_____g、身長_____cm、頭囲_____cm

遺伝子診断 (遺伝子検査)

*実施有りの場合、
具体的な内容をご記
入お願ひ致します。

実施 無 · 有

*実施有りの場合、
具体的な内容をご記
入お願ひ致します。

【自由記載欄】 *特筆すべき事項等がございましたらご記入お願ひ致します。

醫師名 (自署)

医療機関名

所在地

TEL/FAX

送付先： 慶應義塾大学医学部臨床遺伝学センター
〒160-8582 東京都新宿区信濃町35番地
FAX:03-5843-7084 TEL:03-5363-3906