

未診断疾患プログラム エントリーシート 平成 年 月 日

歳	
性別	男・女

診療情報・紹介元医療機関情報

遺伝性疾患と考える根拠

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）

(例)

男性 女性
 罹患者 死亡

多系統疾患である（下記から疾患領域を選択、複数選択可）

<input type="checkbox"/> 先天異常	<input type="checkbox"/> 神経・筋	<input type="checkbox"/> 腎・泌尿器	<input type="checkbox"/> 呼吸器	<input type="checkbox"/> 循環器
<input type="checkbox"/> 血液	<input type="checkbox"/> 内分泌・代謝	<input type="checkbox"/> 消化器	<input type="checkbox"/> 皮膚	<input type="checkbox"/> 耳鼻咽喉
<input type="checkbox"/> 眼	<input type="checkbox"/> 精神	<input type="checkbox"/> 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
 お願い致します。

実施 無 ・ 有

【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い致します。

医師名（自署）
 医療機関名
 所在地
 TEL/FAX