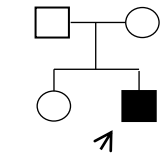
診療情報提供書

平成　年　月　日

<table>
<tr><td rowspan="5">患者さま情報</td><td>ふりがな</td><td colspan="5"></td></tr>
<tr><td>ご本人氏名</td><td colspan="5"></td></tr>
<tr><td>生年月日</td><td colspan="3">昭 ・ 平　　年　　月　　日</td><td colspan="2">歳</td></tr>
<tr><td>郵便番号</td><td>〒</td><td>TEL</td><td></td><td>性別</td><td>男 ・ 女</td></tr>
<tr><td>住所</td><td colspan="5"></td></tr>
<tr><td rowspan="5">診療情報・紹介元医療機関情報</td><td rowspan="3">遺伝性疾患と考える根拠</td><td colspan="5">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）
□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（　　）</td></tr>
<tr><td colspan="5">主訴</td></tr>
<tr><td colspan="5">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</td></tr>
<tr><td>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。</td><td colspan="5">実施　無 ・ 有</td></tr>
<tr><td colspan="6">【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。</td></tr>
<tr><td colspan="6">医師名（自署）
医療機関名
所在地
TEL/FAX</td></tr>
</table>

慶應義塾大学医学部臨床遺伝学センター
2015 年 7 月版