**滋賀医大FAX/郵送用**

**未診断疾患プログラム プレエントリーシート 西暦 年 月 日**

ふりがな

患 ご本人氏名者

報

住所

さ 生年月日 昭 ・ 平 年 月 日ま

情 郵便番号 〒 TEL

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  | | |  | |
|  |  |  |  | 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  （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（ ） | | | | |
| 主訴 | | | | |
| 現病歴 | | | | |
| 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 | | | | | |
| **送付先： 滋賀医科大学医学部附属病院　小児科・臨床遺伝相談科**  **〒520-2192 滋賀県大津市瀬田月輪町**  **FAX:077-548-2230　TEL:077-548-3620** | | | |  | | |