

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

性別 男 ・ 女

診療情報・紹介元医療機関情報

診療情報・紹介元医療機関情報	<p>遺伝性疾患と考える根拠</p> <p><input type="checkbox"/>家族性である</p> <p><input type="checkbox"/>多系統疾患である（下記から疾患領域を選択、複数選択可）</p> <p><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</p> <p><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</p> <p><input type="checkbox"/>眼 <input type="checkbox"/>精神 <input type="checkbox"/>その他（ ）</p>
	<p>主訴</p>
	<p>現病歴</p>
	<p>遺伝子診断（遺伝子検査）</p> <p>実施 無 ・ 有</p> <p><small>*実施有りの場合、具体的な内容をご記入お願い致します。</small></p>
<p>【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。</p>	
<p>医師名（自署）</p> <p>医療機関名</p> <p>所在地</p> <p>TEL/FAX</p>	