## 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	遺伝性疾患を大力を表する。	遺伝性疾患と考える根拠 □家族性である □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	実施無・有
	*実施有りの場合、 具体的な内容をご記 入お願い致します。	
	【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