

診療情報提供書

Ver.160901

紹介先IRUD拠点病院施設名 ()

紹介元施設名	紹介日		
紹介元担当医師名	紹介元連絡先		
付記	紹介元施設所在地		
患者さん情報	年齢	性別	
	ふりがな		
	氏名	生年月日	
	郵便番号 住所	TEL	

診療情報・紹介元医療機関情報	遺伝性疾患と考える根拠				
	<input type="checkbox"/> 家族性である (家系図を下にご記入下さい)				
	<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)				
	<input type="checkbox"/> 先天異常 <input type="checkbox"/> 顔貌異常 <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"/> 骨・軟骨 <input type="checkbox"/> 血液 <input type="checkbox"/> 内分泌・代謝 <input type="checkbox"/> 肝胆膵 <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"/> 四肢 <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	身長 ___ cm	頭囲 ___ cm
	現在		体重 ___ kg	身長 ___ cm	頭囲 ___ cm
	飲酒	喫煙	職業		※必要に応じて記載
	常用薬				
実施済み遺伝学的検査	右記選択⇒	その他を選択⇒ ()			
その他実施済みの検査等					
自由記載欄			画像・別紙等 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無		

コンサルトシート

Ver.160901

IRUD拠点病院施設名 ()

紹介元施設名	紹介日
紹介元担当医師名	紹介元連絡先
付記	紹介元施設所在地
IRUD拠点病院での管理番号：	←左は、IRUD拠点病院で記載
患者さん情報	年齢
	性別

診療情報・紹介元医療機関情報	IRUDの適応と考える根拠			
	<input type="checkbox"/> 家族性である (家系図を下にご記入下さい)			
	<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)			
	<input type="checkbox"/> 先天異常 <input type="checkbox"/> 顔貌異常 <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"/> 骨・軟骨 <input type="checkbox"/> 血液 <input type="checkbox"/> 内分泌・代謝 <input type="checkbox"/> 肝胆膵 <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"/> 四肢 <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	身長__cm	頭囲__cm
	現在	体重__kg	身長__cm	頭囲__cm
	飲酒	喫煙	職業	※必要に応じて記載
	常用薬			
実施済み遺伝学的検査	右記選択⇒		その他を選択⇒ ()	
その他実施済みの検査等				
自由記載欄		画像・別紙等 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無		

コンサルト結果返却方法	<input type="checkbox"/> 郵送	<input type="checkbox"/> 電話	<input type="checkbox"/> メールアドレス ()	<input type="checkbox"/> その他 ()
-------------	-----------------------------	-----------------------------	--------------------------------------	----------------------------------

IRUD診断委員会記載欄		記載日	
記載者名 ()	IRUDへエントリー <input type="checkbox"/> 適切 <input type="checkbox"/> 不適切		
紹介基準	<input type="checkbox"/> 満たす <input type="checkbox"/> 満たさないが、下記の理由によりエントリーする ()		
最終判断	<input type="checkbox"/> IRUD拠点病院外来受診		<input type="checkbox"/> 他の研究班を紹介(以下に紹介先を記載) ()
	<input type="checkbox"/> 対象外と判断した場合のコメント ()		

IRUD番号:

4ページ(IRUD拠点病院・IRUD臨床専門分科会)

IRUD患者シート

Ver.160901

IRUD拠点病院施設名 ()

紹介元施設名	紹介日
紹介元担当医師名	紹介元連絡先
付記	紹介元施設所在地
IRUD拠点病院での管理番号:	IRUD解析センターでの管理番号:
同意	同意者 <input type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> 代諾者 試料バンク寄託の同意 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無
採取試料	<input type="checkbox"/> 末梢血/臍帯血 <input type="checkbox"/> 尿 <input type="checkbox"/> 皮膚/毛/爪 <input type="checkbox"/> 頬粘膜/唾液 その他 ()

	ショートサマリー	記載日
診療情報・IRUD診断委員会検討情報	主訴	
	現病歴	
	主な症状 (5-15項目を日本語、英語、HPOで記載)	
	中等度精神発達遅滞 Intellectual disability, moderate HP:0002342	
	中等度低身長 Moderately short stature HP:0008848	
	尿道下裂 Hypospadias HP:0000047	
	片側性停留精巣 Unilateral cryptorchidism HP:0012741	
	白斑 Vitiligo HP:0001045	
	細長い指 Arachnodactyly HP:0001166	
	主な検査結果	
解析前検討会の検討内容	IRUD診断委員会による直接診察 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	

臨床専門分科会への依頼 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	疾患領域	科 代表者名 ()
臨床専門分科会の検討内容	記載日	
自由記載欄		
IRUD解析センターへの依頼検査内容等	記載日	
<input type="checkbox"/> 全エクソーム解析 <input type="checkbox"/> 全ゲノム解析 <input type="checkbox"/> その他 ()		

IRUD番号:

5ページ(IRUD解析センター・IRUD拠点病院)

IRUD患者シート

Ver.160901

IRUD解析センター施設名

紹介元施設名	紹介日
紹介元担当医師名	紹介元連絡先
付記	紹介元施設所在地
IRUD拠点病院での管理番号:	IRUD解析センターでの管理番号:

IRUD解析センター 検討情報	IRUD解析センター検討内容	記載日

IRUD診断委員会 検討情報	解析後検討会の検討内容	記載日
IRUD解析センター結果と臨床症状・他検査結果との整合性		
検討された疾患名		()
今後の方針等		

※実際の患者情報、検査結果等を含めて総合的に検討し、最終的な診断を下す上で、以上IRUD研究での検討結果を参考としてください。