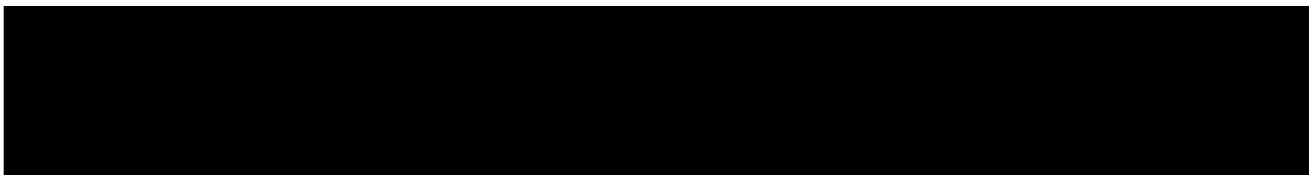


診療情報提供書（控）

紹介先IRUD拠点病院施設名 浜松医科大学医学部附属病院

紹介元施設名	紹介日	2016年	4月	1日
紹介元担当医師名	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	生年月日	2016年	4月
	ご本人氏名	1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
	<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	<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_____	体長_____cr	頭囲_____cm
現在		体重_____	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2 (v 160601)

紹介先IRUD拠点病院施設名 浜松医科大学医学部附属病院

成育仮ID:		他検体との関係		紹介 2016年	4月	1日
患者基本情報	ID		性別	年齢		
			0	0		
診療情報	遺伝性疾患、遺伝子関連疾患が疑われる根拠 <input type="checkbox"/> 家族性(または家系内)に認められる <input type="checkbox"/> 先天的な異常を認める <input type="checkbox"/> 発達・発育障害を認める <input type="checkbox"/> 専門医により特定の疾患が疑われる (診断:) <input type="checkbox"/> その他(具体的に)		家系図 (別紙添付可)			
	主訴		検体を矢印で示す <input type="checkbox"/> :男性 <input type="checkbox"/> :女性 <input type="checkbox"/> :罹患者 <input type="checkbox"/> :死亡(斜線)			
	現病歴		現在の身長・体重 その他			
			身長____cm 体重____kg 頭囲____cm			
	所見	有	★所見有りの場合、具体的症状を記載 または画像/検査データ、入院サマリー等を添付して下さい			
発達遅滞 <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	<input type="checkbox"/>	() 染色体・アレイ検査等 () 添付資料 <input type="checkbox"/> 顔写真(正面、横) <input type="checkbox"/> 写真(身体) <input type="checkbox"/> X-ray <input type="checkbox"/> CT画像 <input type="checkbox"/> MRI画像 <input type="checkbox"/> 検査データ <input type="checkbox"/> 病理画像 <input type="checkbox"/> その他 (臨床検討スライド等)				
医療機関	医療機関名	0		0		
	所在地	0		0		
	TEL/FAX	0		記入医師(署名) 0		
RUD診断委員会記載欄		記載日	2016年	4月	1日	出生時(在胎 週) 体重____g
記載者名		()	IRUDヘントリー <input type="checkbox"/> 適切 <input type="checkbox"/> 不適切		体長____cm	頭囲____cm
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				実施済み検査 0

診療情報提供書plus2 (v 160601) 匿名化

紹介先IRUD拠点病院施設名 浜松医科大学医学部附属病院

成育ID:		他検体との関係		紹介 2016年	4月	1日
患者基本情報	ID		性別	年齢		
			0	0		
遺伝性疾患、遺伝子関連疾患が疑われる根拠 <input type="checkbox"/> 家族性(または家系内)に認められる <input type="checkbox"/> 先天的な異常を認める <input type="checkbox"/> 発達・発育障害を認める <input type="checkbox"/> 専門医により特定の疾患が疑われる(診断:) <input type="checkbox"/> その他(具体的に)			家系図 (別紙添付可)			
主訴			検体を矢印で示す <input type="checkbox"/> :男性 <input type="checkbox"/> :女性 <input type="checkbox"/> :罹患者 <input type="checkbox"/> :死亡(斜線)			
現病歴			現在の身長・体重 その他			
			身長____cm 体重____kg 頭囲____cm			
所見		有	★所見有りの場合、具体的症状を記載 または画像/検査データ、入院サマリー等を添付して下さい			成育バイオバンク
発達遅滞		<input type="checkbox"/>				0 <input type="checkbox"/> 寄託可
<input type="checkbox"/> 先天異常						0 <input type="checkbox"/> 寄託不可
<input type="checkbox"/> 顔貌異常						0 <input type="checkbox"/> 分譲可
<input type="checkbox"/> 神経・筋						0 <input type="checkbox"/> 分譲5年間不可 (5年後延長可)
<input type="checkbox"/> 腎・泌尿器						0 染色体・アレイ検査等
<input type="checkbox"/> 呼吸器						0
<input type="checkbox"/> 循環器						0
<input type="checkbox"/> 骨・軟骨						0 (
<input type="checkbox"/> 血液						0
<input type="checkbox"/> 内分泌・代謝						0 添付資料
<input type="checkbox"/> 肝胆膵						0 <input type="checkbox"/> 顔写真(正面、横)
<input type="checkbox"/> 消化器						0 <input type="checkbox"/> 写真(身体)
<input type="checkbox"/> 皮膚						0 <input type="checkbox"/> X-ray
<input type="checkbox"/> 耳鼻咽喉						0 <input type="checkbox"/> CT画像
<input type="checkbox"/> 眼						0 <input type="checkbox"/> MRI画像
<input type="checkbox"/> 四肢						0 <input type="checkbox"/> 検査データ
<input type="checkbox"/> 精神						0 <input type="checkbox"/> 病理画像
<input type="checkbox"/> その他		(0 <input type="checkbox"/> その他 (臨床検討スライド等)	
医療機関	医療機関名	0				
	所在地	0				
	TEL/FAX	0		記入医師(署名) 0		
RUD診断委員会記載欄		記載日	2016年	4月	1日	出生時(在胎 週) 体重____g
記載者名 (IRUDヘントリー <input type="checkbox"/> 適切 <input type="checkbox"/> 不適切			体長____cm	頭囲____cm
紹介基準		<input type="checkbox"/> 満たさないが、下記の理由によりエントリーする <input type="checkbox"/> 満たす ()			実施済み検査	0

診療情報提供書plus2 (v 160601) 非匿名化

紹介先IRUD拠点病院施設名 浜松医科大学医学部附属病院

成育ID:		他検体との関係		紹介 2016年 4月 1日	
患者基本情報	ID	性別	年齢	生年 2016年	4月 1日
	郵便番号 住所	0	0	ふりがな ご本人氏名	0
		保護者氏名		TEL	0
遺伝性疾患、遺伝子関連疾患が疑われる根拠		家系図 (別紙添付可)			
<input type="checkbox"/> 家族性(または家系内)に認められる <input type="checkbox"/> 先天的な異常を認める <input type="checkbox"/> 発達・発育障害を認める <input type="checkbox"/> 専門医により特定の疾患が疑われる (診断:) 診断医 0 <input type="checkbox"/> その他(具体的に) 0					
主訴		検体を矢印で示す □:男性 ○:女性 ■:罹患者 ▣:死亡(斜線)			
現病歴				現在の身長・体重 その他	
				身長____cm 体重____kg 頭囲____cm	
所見		有	★所見有りの場合、具体的症状を記載 または 画像/検査データ、入院サマリー等を添付して下さい		成育バイオバンク
診療情報	発達遅滞	<input type="checkbox"/>			0 <input type="checkbox"/> 寄託可
	<input type="checkbox"/> 先天異常				0 <input type="checkbox"/> 寄託不可
	<input type="checkbox"/> 顔貌異常				0 <input type="checkbox"/> 分譲可
	<input type="checkbox"/> 神経・筋				0 <input type="checkbox"/> 分譲5年間不可 (5年後延長可)
	<input type="checkbox"/> 腎・泌尿器				0 染色体・アレイ検査等
	<input type="checkbox"/> 呼吸器				0
	<input type="checkbox"/> 循環器				0
	<input type="checkbox"/> 骨・軟骨				0 (
	<input type="checkbox"/> 血液				0
	<input type="checkbox"/> 内分泌・代謝				0 添付資料
	<input type="checkbox"/> 肝胆膵				0 <input type="checkbox"/> 顔写真(正面、横)
	<input type="checkbox"/> 消化器				0 <input type="checkbox"/> 写真(身体)
	<input type="checkbox"/> 皮膚				0 <input type="checkbox"/> X-ray
	<input type="checkbox"/> 耳鼻咽喉				0 <input type="checkbox"/> CT画像
	<input type="checkbox"/> 眼				0 <input type="checkbox"/> MRI画像
<input type="checkbox"/> 四肢				0 <input type="checkbox"/> 検査データ	
<input type="checkbox"/> 精神				0 <input type="checkbox"/> 病理画像	
<input type="checkbox"/> その他	(0 <input type="checkbox"/> その他 (臨床検討スライド等)	
医療機関	医療機関名	0			
	所在地	0			
	TEL/FAX	0		記入医師(署名) 0	
RUD診断委員会記載欄		記載日	2016年 4月 1日		出生時(在胎 週) 体重____g
記載者名 (IRUDヘントリー <input type="checkbox"/> 適切 <input type="checkbox"/> 不適切		体長____cm 頭囲____cm	
紹介基準		<input type="checkbox"/> 満たさないが、下記の理由によりエントリーする <input type="checkbox"/> 満たす ()		実施済み検査 0	