

コンサルトシート

FAX : 0120-335-979

※太枠内をご記入ください。

IRUD拠点病院施設名 (徳島大学病院)

紹介元施設名		紹介日	年	月	日
紹介元担当医師名		紹介元連絡先	電話番号		
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		
	※その他の情報は記載不要です。				

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	体長 ___ cm	頭囲 ___ cm	※必要に応じて記載
	現在		体重 ___ kg	身長 ___ cm	頭囲 ___ cm	
飲酒	喫煙	職業				
常用薬						
実施済み遺伝学的検査						
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
↓ご希望の方法にチェックをいれてください。						
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 (FAX等) ()		

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 ()			

徳島大学病院