

診療情報提供書

Ver.180918		紹介先IRUD拠点病院施設名		金沢大学	
紹介元施設名		紹介日		2018年	
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		(所在地)	
患者さん情報	年齢	性別		<input type="checkbox"/> 男性 <input type="checkbox"/> その他) <input type="checkbox"/> 女性	
	ふりがな	拠点施設患者ID			
	氏名	生年月日(西暦)			
	郵便番号	〒		TEL	
	住所				
血縁者採血		<input type="checkbox"/> 両親 <input type="checkbox"/> 母親のみ <input type="checkbox"/> 父親のみ <input type="checkbox"/> きょうだい <input type="checkbox"/> 子			

診療情報・紹介元医療機関情報	疑い疾患の難病指定	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無		研究班への連絡	<input type="checkbox"/> 済 <input type="checkbox"/> 未 <input type="checkbox"/> 研究班なし	
	小児慢性特定疾病	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無				
	遺伝性疾患と考える根拠					
	<input type="checkbox"/> 家族性である(家系内に関連する症状等を以下にご記入ください)					
	記入欄:					
	<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:					
	実施済み遺伝学的検査		右記より選択⇒		その他を選択した場合⇒ ()	
その他実施済みの検査等						
赤枠は必要に	成人患者用記入欄			小児患者用記入欄		
	体重(kg):	飲酒量:	可能採血量: <input type="checkbox"/> 3mL <input type="checkbox"/> 6mL <input type="checkbox"/> 8mL			
	身長(cm):	喫煙:	身長 (cm):	体重(kg):		
	頭囲(cm):	職業:	頭囲 (cm):			
常用薬						
自由記載欄				画像・別紙等 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無		

診療情報提供書(控)

Ver.180918

※電子版では1ページ目に記入すると自動的に反映されます

紹介先IRUD拠点病院施設名

金沢大学

紹介元施設名	紹介日	2018年	
紹介元担当医師名	紹介元連絡先	(電話番号)	診療科名
付記	紹介元施設所在地	(所在地)	
患者さん情報	年齢	性別	<input type="checkbox"/> 男性 <input type="checkbox"/> 女性 <input type="checkbox"/> その他)
	ふりがな	拠点施設患者ID	
	氏名	生年月日	
	郵便番号 〒	TEL	
	住所		
	血縁者採血予定	<input type="checkbox"/> 両親 <input type="checkbox"/> 母親のみ <input type="checkbox"/> 父親のみ <input type="checkbox"/> きょうだい <input type="checkbox"/> 子	

診療情報・紹介元医療機関情報	疑い疾患の難病指定	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	研究班への連絡	<input type="checkbox"/> 済 <input type="checkbox"/> 未 <input type="checkbox"/> 研究班なし
	小児慢性特定疾病	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無		
	遺伝性疾患と考える根拠			
	<input type="checkbox"/> 家族性である(家系内に関連する症状等を以下にご記入ください)			
	記入欄:			
	<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:			
	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				
赤枠は必要に 応じて記載	成人患者用記入欄		小児患者用記入欄	
	体重(kg):	飲酒量:	可能採血量:	<input type="checkbox"/> 3mL <input type="checkbox"/> 6mL <input type="checkbox"/> 8mL
	身長(cm):	喫煙:	身長(cm):	体重(kg):
	頭囲(cm):	職業:	頭囲(cm):	
	常用薬			
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.180918

※電子版では1ページ目に記入すると自動的に反映されます

IRUD拠点病院施設名

金沢大学

紹介元施設名	紹介日	2018年	
紹介元担当医師名	紹介元連絡先	(電話番号)	診療科名
付記	紹介元施設所在地	(所在地)	
IRUD拠点病院での管理番号: 各拠点施設事務局で記載		←左は、IRUD拠点病院で記載	
患者さん情報	年齢	性別	<input type="checkbox"/> 男性 <input type="checkbox"/> その他) <input type="checkbox"/> 女性
	血縁者採血予定 <input type="checkbox"/> 両親 <input type="checkbox"/> 母親のみ <input type="checkbox"/> 父親のみ <input type="checkbox"/> きょうだい <input type="checkbox"/> 子		

診療情報・紹介元医療機関情報	疑い疾患の難病指定	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	研究班への連絡	<input type="checkbox"/> 済 <input type="checkbox"/> 未 <input type="checkbox"/> 研究班なし
	小児慢性特定疾病	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無		
	遺伝性疾患と考える根拠			
	<input type="checkbox"/> 家族性である(家系内に関連する症状等を以下にご記入ください)			
	記入欄:			
	<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:				
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				

赤 枠 は 必 要 に 記 載	成人患者用記入欄		小児患者用記入欄	
	体重(kg):	飲酒量:	可能採血量:	<input type="checkbox"/> 3mL <input type="checkbox"/> 6mL <input type="checkbox"/> 8mL
	身長(cm):	喫煙:	身長 (cm):	体重(kg):
	頭囲(cm):	職業:	頭囲 (cm):	
常用薬:				

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患者シート

Ver.180918

IRUD拠点病院施設名

金沢大学

紹介元施設名	紹介日	2018年	
紹介元担当医師名	紹介元連絡先	(電話番号)	診療科名
付記	紹介元施設所在地	(所在地)	
IRUD拠点病院での管理番号: 各拠点施設事務局で記載		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 checked="" type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無
採取試料	<input checked="" type="checkbox"/> 末梢血/臍帯血		

診療情報・IRUD診断委員会検討情報	ショートサマリー	記載日	2018年
	主訴:		
	現病歴:		
	主な症状 (5-15項目を日本語、英語、HPOで記載)		
	例) 甲状腺異常, abnormality of the thyroid gland, HP:0000820		
	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 checked="" 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匿名番号: IRUD_KNZ_△△△△△

4ページ別紙(IRUD拠点病院・IRUD臨床専門分科会)

IRUD患者シート

Ver.180918

IRUD拠点病院施設名

金沢大学

紹介元施設名	紹介日	2018年	
紹介元担当医師名	紹介元連絡先	(電話番号)	診療科名
付記	紹介元施設所在地	(所在地)	
IRUD拠点病院での管理番号:	各拠点施設事務局で記載	IRUD解析センターでの管理番号:	

家系図:

記載日 2018年

Blank area for the family tree diagram.

IRUD患者シート

Ver.180918

IRUD解析センター施設名 (解析C施設名)

紹介元施設名	紹介日	2018年
紹介元担当医師名	紹介元連絡先 (電話番号)	診療科名
付記	紹介元施設所在地 (所在地)	
IRUD拠点病院での管理番号: 各拠点施設事務局で記載		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	2018年

IRUD診断委員会 検討情報	解析後検討会の検討内容	記載日	2018年
	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。