

Clinical Questionnaire for RevealSM SNP Microarray - Pediatric

ご出検の際には、本質問票にご記入の上で、検体・検査依頼書と一緒にラボコープ・ジャパンにご提出ください。
This form should be completed when RevealSM SNP Microarray - Pediatric testing is ordered. The form should be completed by the ordering physician's office and should accompany the sample.

ご不明な点がございましたら、ラボコープ・ジャパン検査課遺伝コーディネーター (03-6226-0902) までお問い合わせください。

患者名 **Patient's name:** 生年月日 (西暦) **Date of birth:**

性別 **Gender** Male Female 本質問票へのご記入者の氏名 **Name of person completing form:**

担当医師の署名 **Physician's signature:** Physician's telephone:

Primary Diagnosis 臨床診断

Development (any delays):

Cognitive: Suspect autism spectrum disorder?

Motor (gross): (fine motor):

Growth (delays/overgrowth, etc):

Other:

形態異常所見 (特異顔貌) **Any dysmorphic features** (unusual facial characteristics):

Review of systems (please comment on any issues/problems/abnormal studies associated with each system):

Neurological/Mental:

Chest/Lungs:

Heart:

Genital/Urinary:

Skeletal/Limbs:

Eyes/Skin:

Other:

Any significant prenatal history:

遺伝学的検査 異常結果 (検査名、結果詳細) **Abnormal labs:**

染色体分析の結果 **Chromosome analysis results:** 検査実施年 **Year performed?:**

Any significant family history: 家族歴

兄弟姉妹 **Siblings:**

母親 **Mother:** 母方の家族 **Maternal relatives:**

父親 **Father:** 父方の家族 **Paternal relatives:**

ご両親が近親婚の場合には、関係性をご記入ください。
Are the parents related (other than by marriage, for example first or second cousins), if so how:

Additional copies of this form can be printed from our website: www.genzymegenetics.com/RevealPediatric



本質問票上の臨床情報は、RevealSM SNPマイクロアレイの検査結果を解釈する上で、非常に重要です。