附件：

**DSD疑难病多学科会诊申请单**

申请医院 病人姓名 年龄 性别 出生日期 申请日期

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 病例简介 | 主诉及现病史 |  |
| 既往史 |  |
| 家族史 | 父亲身高及健康情况 母亲身高及健康情况  其他家族相关疾病史 |
| 体格检查 | 身高： 体重：  专科查体： |
| 辅助检查 |  |
| 初步诊断 |  | |
| 治疗经过 |  | |
| 会诊建议 |  | |