

申 込 書

ふりがな 患者氏名	生年月日 年 月 日	性別
住所 〒		
連絡先 TEL	— —	携帯 — —

◆遺伝カウンセリング外来の受診を希望される方へ

遺伝カウンセリングは、「遺伝」に関する不安や悩みを持つ方々に対し、十分な時間を取りお話をうかがい、「遺伝」について正しく理解していただくための場です。遺伝性の体質や病気に関するお話をし、遺伝性疾患の診断・治療に関する情報を提供します。相談内容及び個人情報に関するプライバシーは固く保護されます。当日はご本人だけでなくご家族にも関係する情報提供を行い、ご家族の病歴なども詳細におうかがいします。できるだけご家族の同席をしていただくようお願いいたします。当院では主に「**遺伝性のがん**」について**専門の医師が対応**させていただきます。

当院の遺伝カウンセリングについての詳細はホームページにもありますので参考にされてください。

●費用（保険外診療）

初回1時間まで 11,000円（税込）以降30分ごとに 5,500円（税込）

2回目以降 30分ごとに 5,500円（税込）

*遺伝学的検査を施行する場合は、別途費用が必要となります

上記保険外診療の費用について、

- 理解できました 理解できない部分がありました

●個人情報の管理について

あなたのお名前やカウンセリング内で知り得た情報など、あなたのプライバシーの保護には十分配慮いたします。カウンセリング内容は個人情報保護法に基づき、電子カルテに結果の記載をして、当院で情報を厳重に管理いたします。またカウンセリング外来で知り得た情報を個人が特定されない形で学会や研究会、論文などで報告させていただくことがあります。ご了承いただけない場合は遠慮なく申し出てください。

上記内容について、

- 理解できました 理解できない部分がありました

個人を特定しない形での学会や論文などでの発表について

- 了承する 了承しない

私は、上記を理解した上で、遺伝カウンセリング外来を申し込みます。

_____年 月 日

本人氏名（自筆）_____

ID :

氏名 :

問診票はできるだけ記載して、**遺伝カウンセリング外来当日にご持参ください。**

問 診 表

ご自身にがんの病歴がある方は 1) ~ 5)をお答えください。

ご自身にがんの病歴がない方は 2) ~ 5)をお答えください。

1) あなたのがんの病歴について教えてください。

疾患名 :

診断されたのはいつですか : 歳

手術はされましたか : (はい → 頃 ・ いいえ)

現在治療中 ・ 治療後

2) ご家族さまのがんの病歴をお聞かせ下さい。(当日メモのご持参でもかまいません)

・ 両親、子供や孫、兄弟姉妹、祖父母

・ 両親の兄弟姉妹 (おじ/おば)、兄弟姉妹の子供 (甥/姪)、おじ/おばの子供 (いとこ) など

◇ 癌のご病気の方、又は癌でお亡くなりになられた方

◇ ご病気の方は、何才からご病気になられましたか

◇ 現在も治療中ですか、お元気にされていますか

【記入例】 姪 (姉の娘) : 現在 55 歳 52 歳 乳癌の診断、53 歳 乳房摘出術、現在治療中
叔父 (父の兄) : 78 歳 膵臓癌、膵頭部摘出術 85 歳で死亡

3) 当院の遺伝カウンセリング外来をどのようにお知りになりましたか?

4) 遺伝カウンセリング外来で質問したいことをご記入下さい。

5) その他、気になることや不安なことなどがありましたら自由にご記入下さい。

遺伝カウンセリングではご本人やご家族の病歴について詳細にお伺いします。

当日できるだけご家族の方の同席をお願いいたします。