

FAX 017-729-4108

エフ.クリニック遺伝カウンセリング問診票

電話 (017-729-4103) で受診日時を予約してから記入して FAX でお送りください。

記入日：平成 年 月 日

ふりがな 氏名		生年 月日	昭和・平成 年 月 日	歳	男 ・ 女
住 所	〒 電話：				
受診予定日	平成 年 月 日 () : <input type="checkbox"/> 予約済み				
本人以外の 同伴予定者	氏名 _____ 年齢 _____ 本人との関係 _____ 氏名 _____ 年齢 _____ 本人との関係 _____ ※2名以内でお願いいたします				
今回相談 したいこと	<input type="checkbox"/> 近親者に遺伝性疾患がある <ul style="list-style-type: none">● 罹患している方 [本人・配偶者・子供・その他の血縁者 _____]● 疾患名 _____● 罹患している方の遺伝子検査 [まだ・済み (どこで _____)]● ご自身の遺伝子検査 [希望する・希望しない・未定] <input type="checkbox"/> 不育症（反復～習慣流産）について <ul style="list-style-type: none">● 妊娠回数 _____ 出産回数 _____ 流産回数 _____● スクリーニング検査 [まだ・済み・希望する・希望しない・未定] <input type="checkbox"/> 近親婚について [いとこ婚・その他 _____] <input type="checkbox"/> 高齢妊娠・出産について <input type="checkbox"/> 遺伝性乳癌卵巣癌症候群 (HBOC) について <ul style="list-style-type: none">● 遺伝子検査 [まだ・済み・希望する・希望しない・未定]● 本人のがん既往 [乳がん・卵巣がん・その他 _____]● 閉経 (女性の方) [まだ・年齢 _____ 歳]● 血縁者のがん既往 [乳がん・卵巣がん・その他 _____] <input type="checkbox"/> その他				

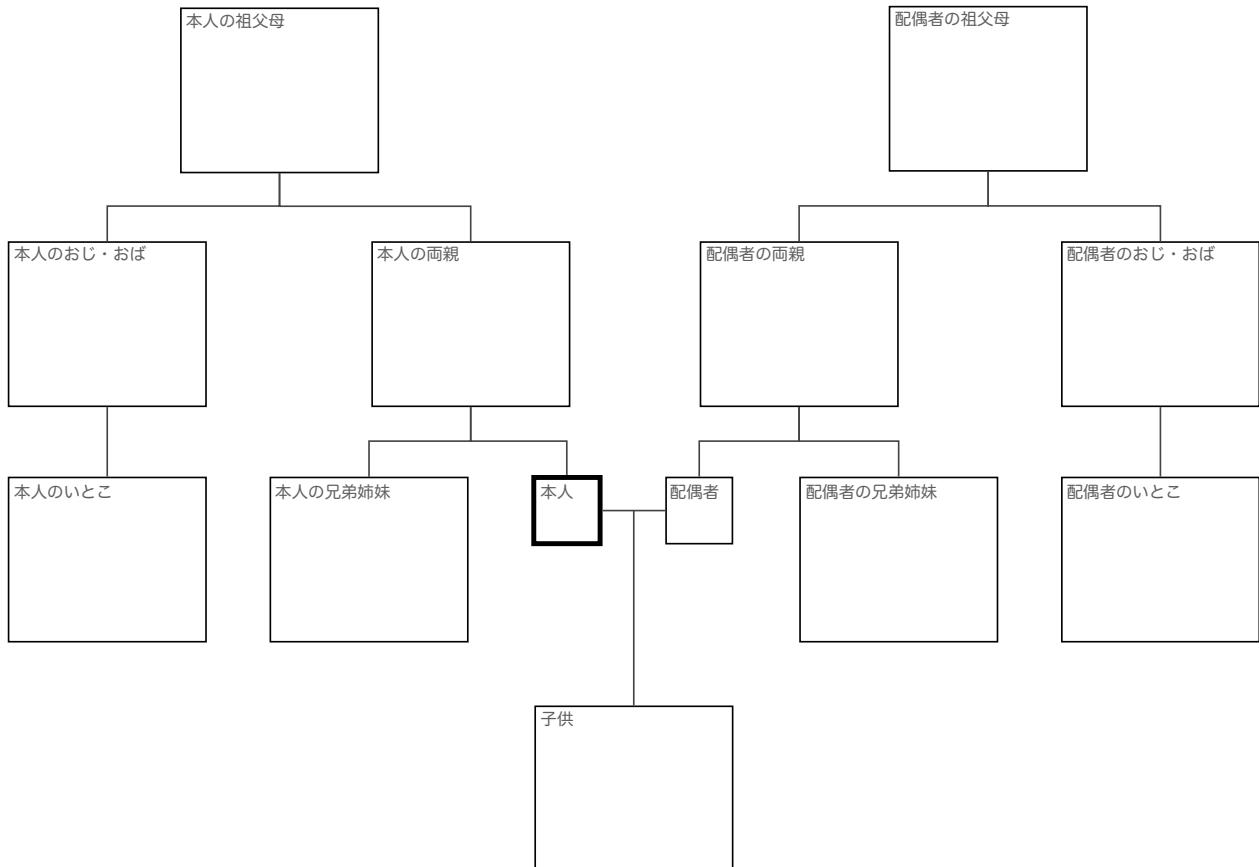
※ 2枚目も記入してください

◎ 近親者の状況についてわかる範囲で記載してください

記入例

本人の両親
母：50歳、健康
父：55歳、肺臓癌
(50歳発症) 治療中

- 兄弟姉妹は「①兄 (●歳、健康)、②姉 (●歳、乳癌)、③妹 (●歳、健康)」のように記載してください
- とくに遺伝に関連した異常がなければ「異常なし」でもかまいません
- 遺伝性疾患の場合は、罹患した方と血のつながっている家系について詳しく記載してください
- 曾祖父母、甥、姪などに疾患がある場合は欄外に記載してください



※ 受診の当日、健康保険証を確認しますので、必ず持参してください