

診療情報提供書(紹介状 HBOC 遺伝外来用)

姫路赤十字病院

HBOC 遺伝外来

医師 先生

医療機関

所在地

電話番号 FAX

診療科 医師 印

ふりがな					来院方法
氏名	<input type="checkbox"/> 男性 <input type="checkbox"/> 女性	生年 月日	明・大・昭・平・令 年 月 日生 (歳)		<input type="checkbox"/> 歩行 <input type="checkbox"/> 車椅子 <input type="checkbox"/> ストレッチャー ご家族の同伴 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無
住所	〒 ① 自宅電話番号 ②連絡先〔携帯・その他()〕				
紹介目的	遺伝カウンセリング <input type="checkbox"/> BRCA1/2 遺伝学的検査(保険)受検の相談 <input type="checkbox"/> リスク低減手術(保険)に関する相談 <input type="checkbox"/> その他()				
診断名					
BRCA1/2 遺伝学的検査 保険適用	<u>BRCA1/2 遺伝学的検査(保険)を検討されている場合、あてはまる条件をご記入ください。</u> <input type="checkbox"/> 本人が乳癌と診断されており、かつ以下のいずれかに当てはまる。 <input type="checkbox"/> 45 歳以下の乳癌発症 <input type="checkbox"/> 60 歳以下のトリプルネガティブ乳癌発症 <input type="checkbox"/> 2 個以上の原発性乳癌発症 <input type="checkbox"/> 第 3 度近親者内に乳癌または卵巣癌発症者が 1 名以上いる <input type="checkbox"/> 男性乳癌を発症 <input type="checkbox"/> 卵巣癌、卵管癌および腹膜癌を発症 <input type="checkbox"/> その他()				
遺伝学的検査結果	<u>BRCA1/2 遺伝学的検査実施済みの場合、ご記入ください。</u> <input type="checkbox"/> 陽性:バリエーション詳細() <input type="checkbox"/> 陰性 <input type="checkbox"/> VUS:バリエーション詳細()				

病状経過と 治療経過 検査所見 (別紙添付可)			
病理診断名 診断時年齢 乳癌サブタイプ	病理診断名:() 診断時年齢:()歳 乳癌の場合のサブタイプ:ER(), PgR(), HER2()		
家族歴	続柄	癌腫	罹患年齢・その他
	記載例) 母方祖母	乳癌	40代で罹患。トリプルネガティブだった。
持参資料	<input type="checkbox"/> 遺伝学的検査結果(FAX せず当日ご本人がご持参ください) <input type="checkbox"/> ご本人の記載した家系図記載用紙(ホームページよりダウンロードしてください) <input type="checkbox"/> その他()		
確認事項	<input type="checkbox"/> ホームページからダウンロードした 家系図記入用紙 を、ご本人に可能な範囲でご記入いただき当日持参ください。 <u>家族歴が重要な情報となりますので、よろしく願いいたします。</u> <input type="checkbox"/> 「JOHBOC:日本遺伝性乳癌卵巣癌総合診療精度機構」ホームページの患者向けパンフレットを一読の上、受診されますと理解が深まります。可能であればご案内をお願いします。 <input type="checkbox"/> 遺伝カウンセリングはスタッフとの面談と診察を合わせて約 1 時間程度要します。時間に余裕を持ってお越しください。 <input type="checkbox"/> 紹介状の内容により、担当医・予約日を調整させていただく場合があります。 また紹介状内容で不明点があった際は、当院からご紹介医療機関へ確認をさせて頂く場合があります。		