令和　　年　　月　　日

**診療情報提供書（紹介状　遺伝外来用）**

姫路赤十字病院

遺伝外来　　　　　　　　　 　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　医療機関

医師　　　　　　　　　　　　　　　　　　先生　　　　　　　　　　　 所在地

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 電話番号　　　　　　　　　　　　FAX

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 診療科 医師　　　　　　　　　　　印

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| ふりがな |  | | 生年  月日 | 明・大・昭・平・令  　年　　月　　日生  （　　　　　　　　歳） | | 来院方法 |
| 氏名 | □男性  　　　　　　　　　　　　　　　□女性 | | □歩行　□車椅子  □ストレッチャー  ご家族の同伴　　□有　□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  　　　□　遺伝学的検査の相談  　　　□　診断後の健康管理に関する相談   * 血縁者に関する相談   　　　□　その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） | | | | | |
| 診断名 |  | | | | | |
| 遺伝学的  検査結果 | 遺伝学的検査実施済みの場合、ご記入ください。  □陽性：バリアント詳細（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　)  □陰性  □VUS：バリアント詳細（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） | | | | | |
| 紹介受診に  至った経過  （別紙添付可） |  | | | | | |
| 既往歴 |  | | | | | |
| 家族歴 | 続柄 | | | | | |
|  | 記載例）　　母方祖母 | 癌腫 | | | 罹患年齢・その他 | |
|  |  | 乳癌 | | | 40代で罹患。トリプルネガティブだった。 | |
|  |  |  | | |  | |
|  |  |  | | |  | |
|  |  |  | | |  | |
|  |  |  | | |  | |
|  |  |  | | |  | |
|  |  |  | | |  | |
|  |  |  | | |  | |
|  |  |  | | |  | |
|  |  |  | | |  | |
|  |  |  | | |  | |
|  |  |  | | |  | |
| 持参資料 | □遺伝学的検査結果  　（血縁者の診断目的の場合は、発端者の検査結果があればご準備ください）  □家系図  (可能な範囲でご持参ください。  ご本人が記載される場合は、ホームページの家系図記入用紙をご利用ください)  □その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） | | | | | |
| 確認事項 | □可能な範囲で家系図をご持参ください。ご本人が記載される場合は、ホームページからダウンロードした**家系図記入用紙**を、ご利用ください。  □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。  □診療情報提供書の内容により、担当医・予約日を調整させていただく場合があります。  また診療情報提供書の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。 | | | | | |
| 連絡事項  注意事項 | その他の連絡事項・注意事項があればご記載ください | | | | | |

令和７年5月版