

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	☐ 男性 ☐ 女性	生年 月日	明・大・昭・平・令 年 月 日生 (歳)	☐ 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	<u>遺伝学的検査実施済みの場合、ご記入ください。</u> ☐ 陽性：バリエント詳細() ☐ 陰性 ☐ VUS：バリエント詳細()				
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		