

ゲノム医療外来を受診される方へ〈問診票〉

外来受診時にスムーズに診療をさせていただくために、以下の問診票にわかる範囲で結構ですので、ご記入いただき、外来日当日にご持参ください。

記入日 年 月 日

【あなた自身のことについて】

(1) 今後の見通し(治療方針、予後など)について、主治医の先生からどのように説明をうけていますか。

(2) ゲノム医療外来について、受診するに至った経緯を教えてください。

自分で調べた

主治医に勧められた

その他()

(3) 今まで遺伝子パネル検査を受けられたことがありますか？

ある(検査名) ない

(4) 治療のこと、生活のことなど、一番頼りにしている方をご記入ください。

妻 夫 父 母 その他()

(5) 先進医療特約がついた民間保険への加入の有無について

あり なし わからない

【血縁の方の病気について】

がんの中には、生まれつき体質(遺伝的な要因)が関係して発症すると考えられているものがあります。血縁者の病気を知ることで、「遺伝するがん」の可能性(必ずしも皆が発症するわけではありません)を知ることができます。この問診票だけで「遺伝するがん」であるかどうかを正確に判断することはできませんが、血縁のある親族の方の病気の情報は、ゲノム医療外来の今後の診療のためにたいへん参考になります。

(1) 血縁のある親族の方の病気について

- ・父方・母方の血縁者の病気について、曾祖父母からひ孫までのわかる範囲でご記入ください。
- ・過去に病気(がんに限定せず)で治療を受けた方、現在治療中の方等について病名をご記入ください。

次のページに続きます ⇒

続柄	病名	時期(年齢)	現況
			<input type="checkbox"/> 生存 <input type="checkbox"/> 死去(年齢 才) <input type="checkbox"/> 不明
			<input type="checkbox"/> 生存 <input type="checkbox"/> 死去(年齢 才) <input type="checkbox"/> 不明
			<input type="checkbox"/> 生存 <input type="checkbox"/> 死去(年齢 才) <input type="checkbox"/> 不明
			<input type="checkbox"/> 生存 <input type="checkbox"/> 死去(年齢 才) <input type="checkbox"/> 不明
			<input type="checkbox"/> 生存 <input type="checkbox"/> 死去(年齢 才) <input type="checkbox"/> 不明
			<input type="checkbox"/> 生存 <input type="checkbox"/> 死去(年齢 才) <input type="checkbox"/> 不明
			<input type="checkbox"/> 生存 <input type="checkbox"/> 死去(年齢 才) <input type="checkbox"/> 不明
			<input type="checkbox"/> 生存 <input type="checkbox"/> 死去(年齢 才) <input type="checkbox"/> 不明
			<input type="checkbox"/> 生存 <input type="checkbox"/> 死去(年齢 才) <input type="checkbox"/> 不明
			<input type="checkbox"/> 生存 <input type="checkbox"/> 死去(年齢 才) <input type="checkbox"/> 不明
			<input type="checkbox"/> 生存 <input type="checkbox"/> 死去(年齢 才) <input type="checkbox"/> 不明
			<input type="checkbox"/> 生存 <input type="checkbox"/> 死去(年齢 才) <input type="checkbox"/> 不明

※書ききれない場合、裏面に自由にご記載ください。