

<乳がん遺伝カウンセリング外来申込書>

乳がんとその遺伝について遺伝カウンセリングを行っております。(一部自費：初診5830円(税込)・再診3240円(税込))

詳細は、ウェブページをご参照ください。https://www.marianna-u.ac.jp/hospital/kanja/specialty/specialty_01.htm

以下の質問項目について、記載できる範囲でお答えください。

1. いらっしゃるの以下のどちらの方ですか？(チェックをおつけください)

- 1 乳がんの患者さんご本人
 2 ご家族に乳がん患者さん(続柄：)がいる

2. どのような内容を希望ですか？(チェックをおつけください)

- 1 遺伝子検査(オラパリブ使用のため)
 2 遺伝についてのお話し
 3 現在の治療についてのお話し

3. 当てはまる項目をお教えてください(チェックをおつけください)

- 1 40歳未満で乳がんと診断された。
 2 両側の乳房で乳がんと診断された。
 3 50歳未満で乳がんと診断され、親族に乳がんと診断された方がいる。
 4 (年齢問わず)乳がんあるいは卵巣がんと診断され、親族に乳がんと診断された方がいる。
 5 がんを発症していないが、親族に上記のいずれかに当てはまる人がいる。

4. 相談したい内容(特に相談したいことがあればご記載ください)

5. 乳がんと診断されていれば治療内容

6. 希望の曜日・時間

受診を希望する曜日の枠に希望する時間をご記載ください。複数ご記載いただいて構いません。予約状況を確認の上、担当者から外来受診日時調整の連絡をさせていただきます。

曜日	月	火	水	木	金	土
午前						
午後						

自費での外来となることをご理解いただき、受診の同意をいただけましたら下記にお名前などお下記のうえ FAX^{※1}または郵送^{※2}でお送りください。

わたしは、外来受診で自費での支払いになる場合があることを理解しました。

平成 年 月 日

ふりがな お名前(自署) ----- 男・ 女	生年月日 年 月 日
ご住所 〒	当院の診察券番号： (お持ちであれば)
(日中連絡可能な)お電話番号：	

(連絡先) ※1: FAX 044-975-0608 ※2: 〒216-8511 川崎市宮前区菅生2-16-1
聖マリアンナ医科大学病院メディカルサポートセンター 乳がん遺伝相談外来 担当