

## 遺伝カウンセリング 申込書

当院の診察券番号  
(受診歴のある方) : \_\_\_\_\_ 申 込 日 : \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日  
氏 名 : \_\_\_\_\_ 様 生 年 月 日 : \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日  
年 齢 \_\_\_\_\_ 歳 性 別 : \_\_\_\_\_ 男性 \_\_\_\_\_ 女性

1. ご相談の内容を教えてください。

内容 : ( )

2. 受診を希望される方について教えてください。複数の方が同席して受診を希望される場合には、該当する項目すべてに  
✓を付けてください。なお、当日お見えになる人数に変更が生じても結構です。

患者さん「ご本人」

患者さんの「ご家族」 (代表者の続柄: ) 他 ( ) 名

その他 ( )

※患者さんとの続柄を教えてください。

3. 今回、カウンセリングをご希望される内容で、該当する項目に ✓を付けてください。

「遺伝」についてのご相談

「遺伝学的検査」についてのご相談

「がん遺伝子パネル検査」の結果についてのご相談

その他 ( )

※治療内容についてのご相談を希望される場合には、各専門医を受診するために改めて予約をしていただく場合がございます。

4. 特に相談したいことがございましたら、こちらに記載してください。

[ ]

5. 遺伝外来は原則、月・木・金曜日です。

日中連絡可能なお電話番号をご記入ください。折り返し担当から外来調整のご連絡をいたします。

(日中連絡可能な)お電話番号 : \_\_\_\_\_

6. 遺伝カウンセリングは、基本的には自由診療(自費)です。保険診療となる場合には個別にご案内いたします。

ご理解・ご了承いただけましたら、下記に署名をお願いいたします。 初診料:11,000円(税込)、再診料:3,300円(税込)

\_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日 \_\_\_\_\_ (自署)

遺伝カウンセリングの中で、血縁者の症状、病歴などをお聞きします。ご家族の年齢、症状や病歴について、

おわりの範囲で結構ですので、ご確認いただいた上でのご来院をお願いいたします。