



年 月 日

遺伝カウンセリング外来 問診票

氏名

診察券登録番号

電話番号

☐ 男 / ☐ 女 年齢 歳（日中連絡の取れること 連絡先）

■ 今回相談にいらした方はどなたですか？

☐ 本人☐ 本人以外（ ） 例：本人の姉

■ ご相談のきっかけはなんですか？

☐ 乳がんと診断された☐ 卵巣がんと診断された☐ その他のがんと診断された☐ 家族にがんの患者がいて、自分の発症リスクが心配である☐ その他（ ）

■ 受診希望者の既往歴をご記入ください

(1) がんの既往歴 ☐ なし ☐ あり ※

※ありの場合は、病理診断名、治療内容などについて、分かる範囲でご記入してください

（ 歳： ）（ 病院）

（ 歳： ）（ 病院）

(2) その他の既往歴 ☐ 特になし ☐ あり ※

※ありの場合は、詳しくお書きください

[]

■ 家族歴について

(父母、兄弟姉妹、子供、祖父母、孫、おじ、おば、甥、姪、いとこなど分かる範囲でご記入ください)

●ご家族の中でがんと診断された方はいらっしゃいますか？

☐ いない☐ いる ※

※いる場合は詳しくお書きください

例： 父 大腸がん （60歳 手術、65歳で死去）

母 乳がん （46歳 右乳がん、手術、放射線治療、抗がん剤治療）

[]

■ ご相談しておきたい内容はどのようなものですか？（複数回答可）

☐ 自分の家族性腫瘍のリスクについて知りたい☐ がんの予防法や早期発見の方法について知りたい☐ がんと遺伝について知りたい☐ その他 []

■ 今回、来院するきっかけは何でしたか？

☐ 他医療機関の紹介☐ 知人・家族のご紹介☐ かかりつけだから☐ ホームページを見て☐ パンフレットを見て ☐ その他（ ）