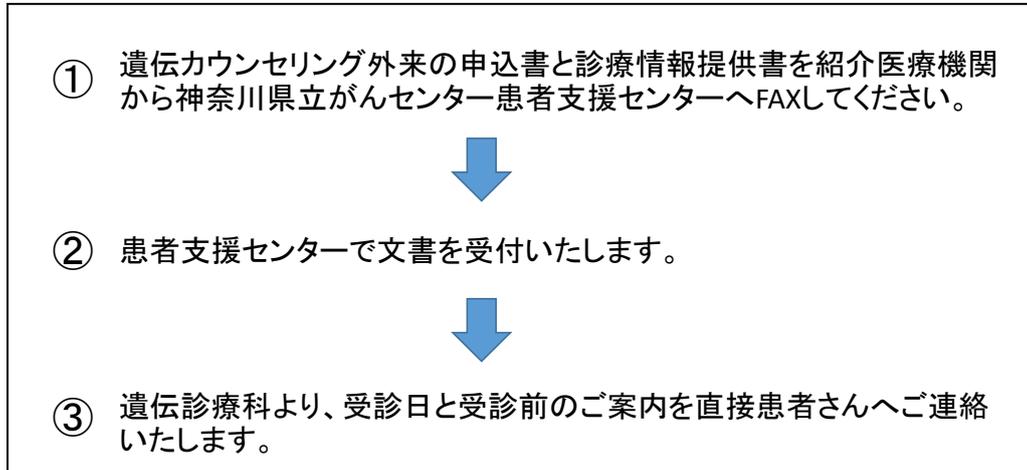


神奈川県立がんセンター 遺伝カウンセリング外来のご案内

<予約の流れ>



<受診を考えている方へ>

- 原則、初診の方は毎月第1水曜、第2・4木曜、第4月曜日のいずれかです。
- 医師、遺伝カウンセラー、看護師が担当いたします。
- 初回の外来について
 - ・所要時間は60分程度です。
 - ・「がんの家族歴問診票」をご記入の上、お持ちください。
 - ・自費診療：受診費用は14,300円です。
 - 保険診療：所定の受診費用となります。
- 初回の外来では正しい情報を得ていただき、遺伝学的検査を検討されている場合はそのうえで検査の実施を考えていただきます。
- 後日、遺伝学的検査を受けた場合はその際に遺伝学的検査費用がかかります。費用は検査内容により異なるため、初回の外来でご説明します。

<医療機関の方へ>

- 当外来は、受診された方に適した外来を行うために、原則として、現在受診されている医療機関からの診療情報提供書を事前にFAXでお送りいただいております。
- 血縁の方が遺伝性腫瘍と診断されたために当外来の受診を希望している場合は事前にお問い合わせください。
- お問い合わせ先
電話番号：045-520-2222(遺伝カウンセラー宛)、時間：14:00～17:00

送信先 神奈川県立がんセンター 患者支援センター
FAX 045-520-2215

*この書類には個人情報が含まれていますので、送信先の FAX 番号をお間違いにならないよう十分にご注意ください。

遺伝カウンセリング外来予約申請書

紹介元医療機関名 _____

紹介元医師名 _____ 診療科 _____

BRCA1/2 遺伝子検査における遺伝カウンセリング連携体制医療機関

【検査実施日 月 日】

(ふりがな)

遺伝カウンセリングを希望している方の氏名 _____ 様

性別 男性 ・ 女性 _____ 生年月日 _____ 年 月 日

当院の受診歴 あり ・ なし _____

日程の連絡先 (受診を希望されている方へ直接ご連絡します)

電話番号: _____

電話連絡を希望する時間帯 : 8:30~11:00
(希望する時間帯に✓) 11:00~13:00
 13:00~15:00
 15:00~17:00

電話に出た方へ神奈川県立がんセンターと名乗ってよいか : 良い ・ 悪い
(がんセンターと名乗らない場合は、神奈川県立病院と名乗ります)

*送信の際には紹介状も合わせて FAX していただきますようお願いします。

問い合わせ先 TEL: 045-520-2222 (代表)

遺伝カウンセラー宛て

がんの家族歴問診票

遺伝カウンセリングでは血縁者の方のがんの情報がとても重要となります。幅広く血縁者を思い出していただき、下に示した書き方をお読みになってから裏面へのご記入をお願いいたします。

書き方

がんにかかったことのある血縁者の方について、かっこ内に以下の項目をご記入ください。

○がんの種類

○診断された年齢(年代)

○現在の年齢(年代)、または、お亡くなりになっている場合は亡くなられた年齢(年代)
(健在・他界のどちらかに丸をつけてください)



祖父

(食道がん, 70才発症, 75才 健在)
他界

* 年齢がはっきり分からないときは大体の年齢で問題ありません。

* 遺伝カウンセリングではがん以外に大腸ポリープや良性腫瘍についても伺いますので、ご確認をお願いいたします。下のメモ欄もお使いください。

* 裏面に書ききれないときは余白やメモ欄を利用してお書きください。

メモ:

家系図

