（新潟大学医歯学総合病院　遺伝医療センター）

## 遺伝性乳癌卵巣癌（HBOC）の遺伝カウンセリング申込書

新潟大学医歯学総合病院

遺伝医療センター 担当先生御机下

紹介医療機関

医 療 機 関 名：

医　師　名　　： 　 ㊞

　電 話 番 号 : (　　　)

F A X 番 号 : 　 (　　　)

　　　※この用紙と貴院書式の診療情報提供書を事前に遺伝医療センターまでFAX（025-227-0363）して下さい。

|  |  |
| --- | --- |
| **患者の氏名・性別・生年月日** | ふりがな  氏名： 　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　男　・　女 |
| 大正・昭和・平成　　　　　　　　　年 月 　　　　日　生　（　　　歳） |
| ※貴院書式の診療情報提供書に記載があれば、下記の住所、電話番号は記載不要です。  住所：  電話番号： |
| **遺伝カウンセリング紹介目的**  当てはまるものに〇をつけて  下さい。 | １．HBOC診断のためのBRACAnalysis検査（保険）  ２．コンパニオン診断のためのBRACAnalysis検査（保険）  ３．遺伝カウンセリング（例：検査は迷っているのでまずは情報提供希望）  （　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）  ４．その他（ 　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） |
| **HBOCを疑う所見**  **（BRACAnalysis検査の適応）**  当てはまるものに〇をつけて  下さい。 | １．若年発症乳癌（45歳以下での発症）  ２．60歳以下のトリプルネガティブ乳癌  ３．2つ以上の原発乳癌  ４．卵巣癌を発症  ５．男性乳癌  ６．第３度近親内に乳癌，卵巣癌，膵臓癌の人がいる  （詳細：　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） |
| **緊急性の有無**  緊急性がある場合は、理由とおおよその期限をお書き下さい。検査所要日数は約3週間です。予約状況等で対応が難しい場合もありますので、ご了承下さい。 | １．あり  【例】　理由：術式決定のため、期限：来月末に手術予定のため1か月後まで  （理由：　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）  （期限：　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）  ２．なし |
| **骨髄移植歴**  当てはまるものに〇をつけて  下さい。 | １．移植歴なし  ２．自家移植 |
| **造血器腫瘍の罹患状況**  当てはまるものに〇をつけて  下さい。  ２，３を選択された場合は造血器腫瘍のタイプを（　　　　　　）内に記載して下さい。 | １．罹患していない  ２．罹患したが、寛解している  造血器腫瘍のタイプを記載して下さい。（　　　　　　　　　　　　　　）  例：ALL、AML、CML、その他のタイプの場合の場合は英語で記載下さい。  ３．罹患している  造血器腫瘍のタイプを記載して下さい。（　　　　　　　　　　　　　　）  例：骨髄腫、ホジキンリンパ腫、その他のタイプの場合の場合は英語で記載下さい。 |
| **その他**  HBOCに限定せず、遺伝性乳癌を疑う所見があり、BRACAnalysis検査以外を検討されている場合は、当てはまるものに〇をつけて  下さい。 | １．リ・フラウメニ症候群のTP53スクリーニング検査（自費）  （理由：　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）  ２．遺伝性乳癌の多遺伝子パネル検査（自費）  （理由：　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）  ３．その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）  （　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） |