

# 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: \_\_\_\_\_ (印)

電話番号: \_\_\_\_\_ ( )

FAX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○をつけて下さい。	1. HBOC診断のためのBRCAAnalysis検査(保険) 2. コンパニオン診断のためのBRCAAnalysis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 (BRCAAnalysis検査の適応) 当てはまるものに○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○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○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、BRCAAnalysis検査以外を検討されている場合は、当てはまるものに○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 ( ) ( )