

遺伝カウンセリング外来 受診の方へ

記入日 年 月 日

お名前： _____

性別： 男 女

生年月日： _____ 年 月 日

年齢： _____ 歳

■あなた自身について

1. 今回はどのような目的で来られましたか。相談したい内容をお書きください。
 (例)『遺伝性の病気の可能性がある』といわれたが、詳細な情報が欲しい。

2. 今までに、病気をされたことがありますか。 ある ない
 「ある」と答えられた方は、下記の欄にご記入ください。

病名	発症年齢	医療機関名	治療の有無（内服・手術など）

3. 以前に、遺伝にかかわる検査を受けたことがありますか。 ある ない
 「ある」場合、検査の種類・内容等わかる範囲でお書きください。

4. あなたの症状が遺伝による可能性がある場合、より専門的な診察を要することがあります。その際には、ゲノム診療科だけでなく他科の受診が必要です。そうした場合、必要な科の受診を希望されますか。

希望する 希望しない

→2枚目へ続きます

■ご家族や親せきについて

遺伝性疾患の診療では、ご家族の情報が大変重要となります。

可能な範囲で結構ですので、家族構成、亡くなられた年齢や原因などを調べておいていただけると助かります。よろしければ、別紙の例を参考に家系図をご記載ください。

1. あなたの血縁家族の病歴について、下記の欄にご記入ください。

※続柄（例） 父母 兄弟姉妹 祖父母 おじおば おいめい 孫 いとこ

続柄	病名	発症年齢	医療機関名	
				<input type="checkbox"/> 生存 <input type="checkbox"/> 死去(歳)
				<input type="checkbox"/> 生存 <input type="checkbox"/> 死去(歳)
				<input type="checkbox"/> 生存 <input type="checkbox"/> 死去(歳)
				<input type="checkbox"/> 生存 <input type="checkbox"/> 死去(歳)
				<input type="checkbox"/> 生存 <input type="checkbox"/> 死去(歳)
				<input type="checkbox"/> 生存 <input type="checkbox"/> 死去(歳)
				<input type="checkbox"/> 生存 <input type="checkbox"/> 死去(歳)

2. 家族で、遺伝にかかわる検査を受けたことのある方はいますか。

いる いない

「いる」場合、検査の種類・内容等わかる範囲でお書きください。

■その他、気になっていることがあれば、お書きください。

(例) 自分の子や孫が同じ病気になる可能性があるのか。

ご協力ありがとうございました。ご不明な点がございましたら、いつでもご質問ください。

ご家族の病歴（例）

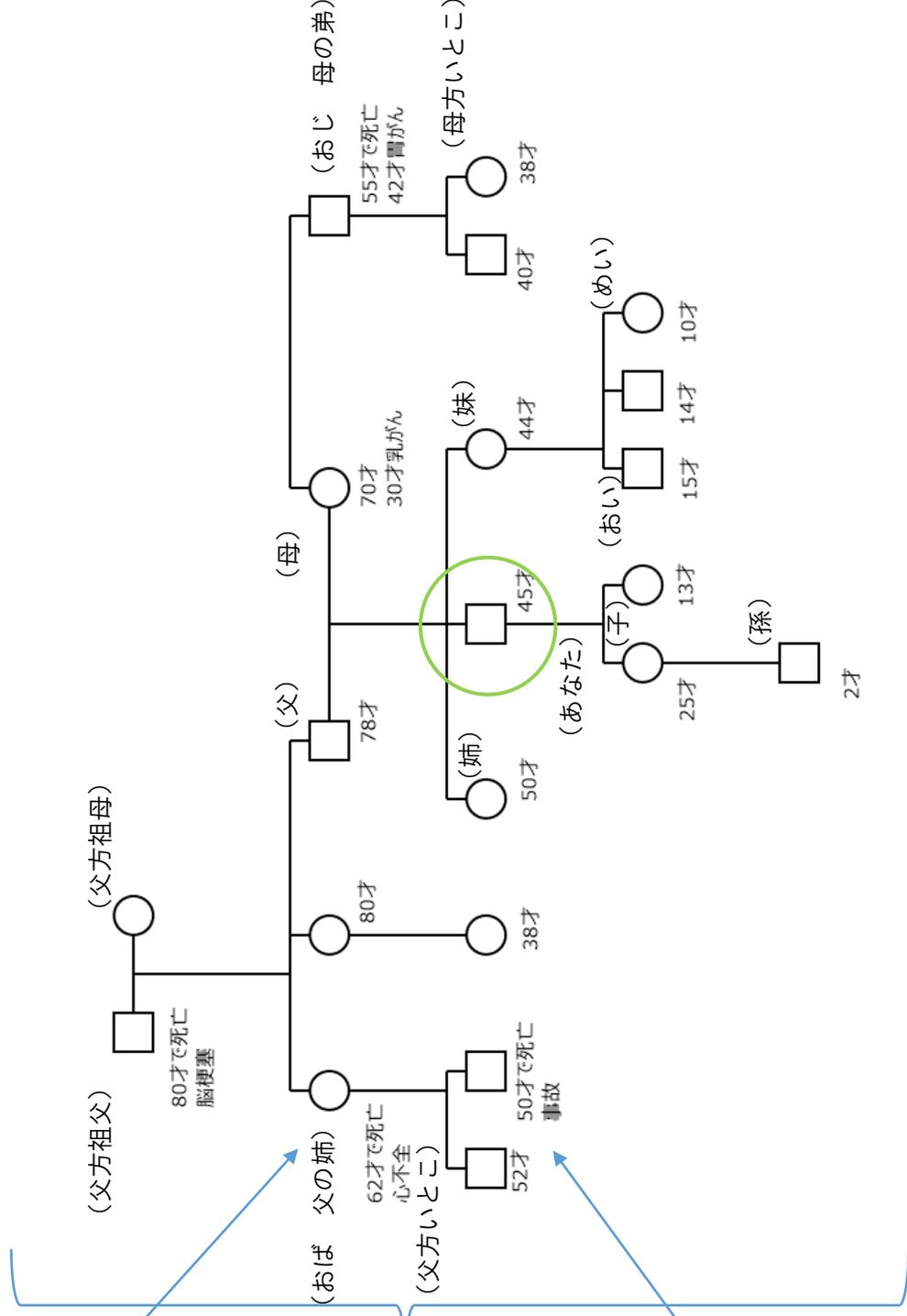
可能であれば、例をもとに、別紙に記載をお願いいたします。

男の人は□、女の人は○で、兄弟姉妹は、左側から年齢が高い順にお書きください。

できれば3世代以上にわたって、お書き下さい。

わかる範囲でお書きください。

- ・現在の年齢
- ・病気や症状と、診断された年齢
- ・亡くなられた場合、年齢と原因



ご家族の病歴（記入用紙）

お名前
