（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（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） |