

(遺伝性腫瘍の血縁者の方へ)

ゲノム診療外来のご案内

当院のゲノム診療外来は、遺伝性腫瘍全般に対応しています。
 遺伝カウンセリングや遺伝子検査を希望される血縁者の方は、
 まずはゲノム診療外来のご予約をお取りください。
 ゲノム診療外来にて、対象となる方に、遺伝カウンセリングをご案内しております。

ゲノム診療外来の予約方法

ゲノム診療外来の予約方法は、以下の通りです

| 現在当院におかかりの血縁者の方 |

主治医を通して遺伝カウンセリングをご予約ください。

| 遺伝性腫瘍の関連がんと診断されており、地域の医療機関に通院中の血縁者の方 |

- ・ 通院中の医療機関にて、当院外科宛の紹介状をお手元にご用意いただき、事前に医療連携室宛に郵送いただくか、または受診当日にご持参ください。
- ・ 当院宛の紹介状をお持ちの方には、初診時の選定療養費(初診料)7700 円(税込)はご負担頂いておりません
- ・ 5 ページ目の「ゲノム診療外来予約申込書」をご自身で必要事項をご記入いただき、医療連携室まで FAX または郵送ください。

| 遺伝性腫瘍に関して無症状または軽症状、医療機関におかかりではない血縁者の方 |

5 ページ目「ゲノム診療外来予約申込書」に、ご自身で枠内の事項をご記入いただき、医療連携室まで FAX または郵送ください。

| 遺伝性腫瘍が疑われる患者さん、および遺伝性腫瘍と診断された患者さん |

ホームページの「遺伝性腫瘍の予約方法や検査の詳細」をご確認いただき、ご案内にしたがってお手続きください。

| MEN(多発性内分泌腫瘍症)の患者さん /MEN が疑われる方 /MEN の血縁者の方 |

ホームページの「多発性内分泌腫瘍症(MEN)の予約方法や検査の詳細」をご確認いただき、ご案内にしたがってお手続きください。

01.ご自身でゲノム診療外来のお申し込み

5 ページ目の「ゲノム診療外来予約申込書」に、ご自身で必要事項をご記入いただき、医療連携室まで FAX または郵送にてお送りください。

ご相談内容等の確認のために、医療連携室からお電話させていただくことがあります。

ご連絡可能な電話番号を必ずご記入ください。

受診当日のご予約はできません。受付時間を過ぎた場合、翌日以降の対応となります。

「ゲノム診療外来予約申込書」を印刷できない場合 |

医療連携室(下記)までお電話いただければ、郵送または FAX いたします。

02. 医療連携室より、ゲノム診療外来の受診日時を、電話にてご連絡いたします。

03. (医療連携室で予約された方)予約変更・キャンセルは医療連携室にご連絡ください。

医療連携室のご連絡先 |

医療連携室 初診予約専用電話 03-3964-1498(直通) / FAX 03-3964-9849

受付時間: 月~金 9:00-16:00 土曜日 9:00-12:00

外来休診日:日曜日、祝日、年末年始(12月29日~1月3日)、創立記念日(6月29日)

ゲノム診療外来受診当日

ゲノム診療外来では、家族歴やご相談内容を確認し、

下記の遺伝性腫瘍全般の血縁者の方に、遺伝カウンセリングをご予約いたします

・遺伝性乳がん卵巣がん症候群(HBOC)	・リンチ症候群(Lynch 症候群)
・リー・フラウメニ症候群(Li-Fraumeni 症候群)	・家族性大腸腺腫症(FAP)
・多発性内分泌腺腫症1型/2型(MEN1/2 型)	・カウデン症候群(Cowden 症候群)
・遺伝性びまん性胃がん	・ポイツ・ジェガース(Peutz-Jeghers)症候群
・フォン・ヒッペル・リンドウ症候群(VHL)	・遺伝性腫瘍の多遺伝子パネル検査

01.(初診の方)初診受付

初診の方は、予約時間の15分前までに初診受付窓口にお越しいただき、

「診療受付申込書」をご記入の上、初診受付の手続きを行ってください。

ご紹介先からの紹介状や検査データ、画像データ等は、初診受付窓口にご提示ください。

予め「ゲノム診療外来予約申込書」をFAXで送信された方は、受診当日に原本をご持参ください。

初診時の選定療養費(初診料)7700 円(税込) | 紹介状をお持ちの方にはご負担はありません

02.ゲノム診療外来の受診

事前にご記入いただいた「家族歴記入用紙」は、婦人科外来受付にご提出ください。

| 場所 | 3 階 婦人科

| 外来日時 | 平日午後(不定期) 30分 完全予約制

| 受診費用 | 保険診療外の自費診療 5500 円(税込)

03.遺伝カウンセリングの予約

ゲノム診療外来では、対象となる方に、遺伝カウンセリングを予約いたします。

【ゲノム診療外来・遺伝カウンセリングの受診時の注意点】

以下の点をご留意いただき、ご協力をお願い申し上げます。

- ・ 遺伝子検査を希望される血縁者の方は、ご家系で遺伝性腫瘍と診断された方の遺伝子検査の結果報告書のコピーが必要になります。受診当日にご持参ください。
- ・ 保険診療制度の規則により、遺伝カウンセリングと同日に、保険診療の診察や検査はできません。予約が重なる場合は、いずれかの予約日をご変更いただくことになります。
- ・ ゲノム診療外来と遺伝カウンセリングは外来日が異なるため、同日にご予約いただけません。
- ・ 患者さんから直接遺伝カウンセリングをご予約できません。
遺伝カウンセリングの予約は、ゲノム診療外来のスタッフにより進めさせていただきます。

遺伝性腫瘍（血縁者）の遺伝カウンセリング

当院では、さまざまな遺伝性腫瘍に関連する血縁者の方々に、遺伝カウンセリングを提供しています。臨床遺伝専門医、遺伝性腫瘍専門医、認定遺伝カウンセラーが対応します。

遺伝カウンセリングとは、遺伝や遺伝子に関する疑問や不安を抱えている方々に、適切な情報提供やサポートを行う重要なサービスです。遺伝カウンセリングでは、詳しい病歴や家族歴をお伺いし、個人の状況に応じた正確な医学情報をわかりやすく提供します。これにより遺伝性腫瘍に関する理解を深めていただくことができます。また、患者さんや血縁者が直面する課題を整理し、不安や心理的負担を軽減できるようにサポートします。遺伝子検査を受けるかどうかはご本人の意思を尊重します。無理に検査を勧められることは一切ありません。遺伝カウンセリングでは、ご自身が納得した選択ができるよう、自律的な意思決定をサポートいたします。

遺伝カウンセリングの内容は厳重に保護され、第三者に伝わることは決してありません。安心してご自身のお考えやお気持ちをお話しいただけます。

01.初回遺伝カウンセリングの受診

｜ 場所 ｜ 2 階 外科外来

｜ 外来日時 ｜ 第 2、3、5 週の月曜 14:00-17:00 1 回 60-90 分 予約制

｜ 遺伝カウンセリング費用 ｜ 保険適用外で自費診療、初回(60 分以内)8800 円、
2 回目以降:5500 円、60 分を超 30 分毎 5500 円追加(税込)

02.遺伝カウンセリングにて遺伝子検査をご案内

遺伝カウンセリングでは、対象となる血縁者の方に、下記の遺伝子検査をご案内します。
遺伝子検査を希望される血縁者の方は、ご家系の遺伝性腫瘍と診断された方の遺伝子検査の結果報告書のコピーが必要になります。受診当日にご持参ください。

多くの血縁者の遺伝子検査(保険外、自費)は、遺伝カウンセリングの同日に可能ですが、多遺伝子パネル検査(保険外、自費)は、予約制のため、同日にはお受けいただけません。

｜ 血縁者の遺伝子検査の費用 ｜ 自費、調べる箇所数に応じて価格が変動します 約 4 万円～

- | 結果までの所要日数 | 血縁者の遺伝子検査 約 14-15 日
- 多遺伝子パネル検査 約 1-2 か月(遺伝子検査の種類や検査会社により異なります)

03.検査当日に結果説明の日時を予約します

詳細なスケジュールや費用は、遺伝カウンセリングにてご説明いたします。

04.遺伝子検査の結果説明(2回目以降の遺伝カウンセリング)

遺伝子検査の結果説明と、結果に応じた健康管理などについてご相談いただけます。
患者さんやご家族の状況に応じた最適な選択をお手伝いします。

| 2回目以降の遺伝カウンセリング費用 | 保険適用外、自費診療

2 回目以降:60 分以内 5500 円、60 分超 30 分毎:5500 円加算(税込)

05.(必要に応じて)遺伝カウンセリングを継続

遺伝子検査の結果に応じたがんのリスク低減方法、健康管理について、継続的にご相談いただけます。患者さんやご家族の状況に応じた最適な健康管理をお手伝いします。

お問合せ先

ご質問やご不明点については、外来休診日を除く受付時間内に、下記までお問い合わせください
外来休診日:日曜日、祝日、創立記念日(6 月 29 日)、年末年始(12 月 29 日~1 月 3 日)

- ゲノム診療外来の予約、および予約申込書について
帝京大学医学部附属病院 医療連携室
TEL 03-3964-1498(直通) / FAX 03-3964-9849
受付時間:月曜から金曜 9:00-16:00 土曜日 9:00-12:00
- 遺伝カウンセリング予約日時のご変更
帝京大学医学部附属病院 外科外来受付
TEL 03-3964-1211(代表)
受付時間:平日 9:00-16:00 土曜 9:00-12:00
- 遺伝カウンセリングのお問い合わせはメールにて承ります
認定遺伝カウンセラー直通メールアドレス Teikyo_GCounseling@med.teikyo-u.ac.jp

(注) Teikyo と GC の間にアンダーバーをご入力ください

スキャン:その他→ゲノム/遺伝→遺伝性腫瘍

帝京大学医学部附属病院 医療連携室 御中

受領日：西暦20 年 月 日

FAX:03-3964-9849 〒173-8606 東京都板橋区加賀2-11-1 TEL:03-3964-1498

医療連携室 使用欄	ID:
	予約内容: ゲノム診療外来(婦人科)
	予約日時: 20 年 月 日 :
予約取得後、①本用紙をスキャンください(スキャン先:その他→ゲノム/遺伝→遺伝性腫瘍) ②本用紙のコピーを産婦人科外来受付あてに送付 ③ゲノム診療外来担当医に予約日時を電話連絡ください	

ゲノム診療外来予約申込書(遺伝性腫瘍の血縁者)

ご本人様が、下記の枠内をすべてご記入の上、医療連携室までFAXまたは郵送をお願いします。
あらかじめゲノム診療外来予約込書をFAX送信いただいた方は、受診当日に原本をご持参ください。

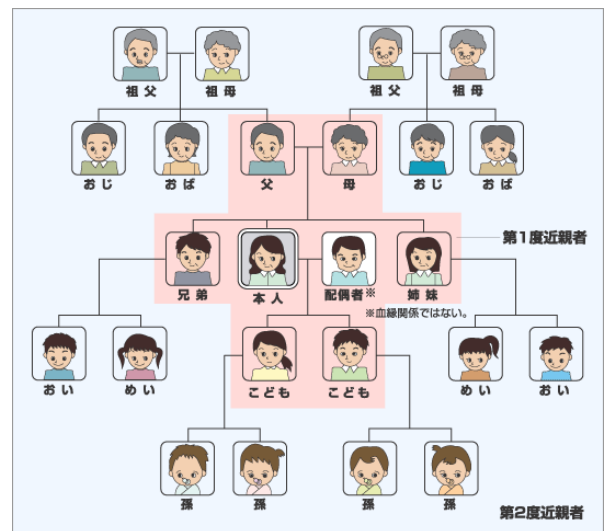
■受診される方の情報

フリガナ		記入日	20 年 月 日
お名前		性別	男・女
生年月日	西暦 年 月 日	年齢	歳
ご住所	〒		
日中ご連絡可能な電話番号	(自宅・携帯)		
日中のご連絡	可能な曜日:□月 □火 □水 □木 □金 □土(午前のみ) 可能な時間帯:□9-12時 □12-15時 □15-17時 □その他(時- 時)		
当院受診歴	□なし □あり→当院受診カード番号(×を除いた数字のみ)		
問診	Q1 具体的なご相談内容をご記入ください(別紙でも結構です) Q2 ご家系に遺伝性腫瘍の方はいますか→□いない □いる □不明 Q3 ご家系の遺伝性腫瘍の病名→□HBOC □リンチ症候群 □その他() Q4 (Q2でいると回答の方)ご家系の遺伝性腫瘍の方は当院での治療歴がありますか □いいえ □不明 □はい→患者さんのお名前() あなたとの続柄: □父 □母 □きょうだい □子 □おじ・おば □その他() Q6 その患者さんは遺伝子検査を受けていますか→□はい □いいえ □不明 Q7 あなたは以下の病気がありますか→該当疾患に☑を記入ください □乳がん □卵巣がん □膵臓がん □前立腺がん □悪性黒色腫 □その他のがん Q8 遺伝子検査についてのお考えをお聞かせください □話を聞いて考えたい □受けるかどうか迷っている □受けたい □希望しない		

事前に家族歴についてご確認をお願いいたします

- ゲノム診療外来や遺伝カウンセリングでは、あなたの遺伝的な状況について確認いたしますので、あなたと血縁関係にある方の病気について詳しい情報が必要になります。
遺伝的な状況を見ますので、亡くなった方についても情報が必要です。
- あなたの血縁者の家族歴について下記の事項をご確認いただき、
家族歴記入用紙にご記入ください
 - ・ あなたとの血縁関係(続柄、父方および母方の親族かどうか)
 - ・ 現在のご年齢(または、亡くなったときのご年齢)
 - ・ 病名(不明の場合、症状など)、および診断時されたときのご年齢
- ご確認いただきたい親族は、両親、きょうだい、子ども、祖父母、孫、おじ・おば、甥・姪、いとこ、大
おじ・大おば(祖父母のきょうだい)、曾祖父母、曾孫です。

- 下記のような方は、遺伝性腫瘍の可能性がありま
すので、遺伝カウンセリングが推奨されます
 - ・ 家族で特定の同じのがんが多い
 - ・ 家系内に複数回がん罹患した人がいる
 - ・ 若くしてがん罹患した方がいる(がんの好
発年齢よりも10~20歳若く発症する場合)
 - ・ 家系内に稀ながん(希少がん)の人がいる
 - ・ 血縁者に遺伝性腫瘍と診断されている人が
いる



● 主な遺伝性腫瘍

遺伝性乳がん卵巣がん症候群(HBOC)やLynch(リンチ)症候群などがあります

| HBOCに発症しやすいがん |

乳がん(両側乳がん、男性乳がん) | 卵巣癌 | 前立腺がん | 膵臓がん | 悪性黒色腫(皮膚・眼)など

| リンチ症候群に発症しやすいがん |

大腸がん | 子宮体 | 胃がん | 卵巣がん | 腎盂・尿管・膀胱がん | 十二指腸がん | 胆管がん | 脳腫瘍
| 皮膚がん | 膵臓がん | 前立腺がんなど

家族歴記入用紙

あなたの血縁者の家族歴についてご記入いただき、
受診当日に外来受付にご提出ください

記入日 20 年 月 日 お名前 歳

- あなたとご両親はそれぞれ、何人きょうだいの何番目ですか

あなた ()人きょうだいの()番目

父親 ()人きょうだいの()番目

母親 ()人きょうだいの()番目

- あなたのご家族のがんについてご記入ください(別紙でも結構です)

あなたとの血縁関係 ※母方・父方も記入		現在の年齢 (死亡時の年齢)	診断時の年齢	病名	治療や医療機関など わかる範囲で
記入例	姉	48 歳	45 歳 46 歳	右乳がん 左乳がん	右乳房部分切除→放射線療法 (帝京大学病院) 抗がん剤→左乳房全摘→ホル モン療法(同上)
	母方おば	(70 歳)	65 歳	卵巣がん	