

■遺伝カウンセリングのお申し込み方法

<事前準備>

3 ページ目をプリントアウトのうえ、必要事項を記載し、医療連携室まで郵送または FAX にてお送りください。

日中にご連絡可能な電話番号は忘れずに記載ください。

ご相談内容の確認等のために、医療連携室からご連絡差し上げる場合があります。

- ・ 遺伝カウンセリング予約申込書を FAX でお送りいただく場合は、相談当日に原本をご持参ください。
- ・ 遺伝カウンセリング予約申込書を郵送でお送りいただく場合は、相談当日にコピーをご持参ください。



医療連携室より相談日時を決定し、電話連絡いたします。

受付時間後は翌日対応になります。受付時間：平日 9:00~16:00 / 土曜日 9:00~12:00



<受診当日>

当院 1 階①初診受付窓口 予約時間の 20 分前を目安にお越しください。

- ・ FAX でお送りいただいた方は、原本を初診受付窓口にご提出ください。
- ・ 郵送でお送りいただいた方は、コピーを初診受付窓口にご提出ください。

※遺伝カウンセリング予約申込書を初診受付窓口にご提出いただくことで、血縁者であることを確認できます。

血縁者の場合は、選定療養費(初診料) ¥5,000 がかかりません。忘れずにご提示ください。



ゲノム外来(婦人科)の受診

水曜午後 15:00-15:30 1 回 30 分 予約制

ゲノム外来の費用は保険適用にならず自由診療になります(5,500 円(税込))

当院に主治医がいない方はまずはゲノム外来を受診いただきます。

ゲノム外来では遺伝性腫瘍全般を扱っており、ご相談内容の確認と遺伝カウンセリングの適否を判断したのち、対象となる方には遺伝カウンセリングを予約します。ご相談内容によっては当院の遺伝カウンセリングのご希望に沿えない場合があります。



遺伝カウンセリングの受診

月曜午後(月 2-3 回) 12:30-14:00, 14:30-16:00 1 回約 1.5 時間 完全予約制

遺伝カウンセリングの費用は保険適用にならず自由診療になります

(初回 60 分以内 8,800 円、60 分超 30 分毎 5,500 円(税込))

当院の遺伝カウンセリングの対象疾患は、主に遺伝性腫瘍全般です。遺伝カウンセリングでは、がんの遺伝や遺伝子検査を検討されている方や迷っている方、不安や疑問のある方などを対象に、病歴や家族歴を詳しく伺い、遺伝性腫瘍の可能性や将来のがん発症のリスクを評価します。遺伝性が疑われる方には適切な遺伝子検査のご案内や、早期発見のための予防法や治療などご本人の健康管理に役立つ方法について相談します。遺伝カ

ウンセリングにおいて遺伝子検査を強制されることは決してありません。



遺伝子検査の実施（遺伝カウンセリング後、ご希望があれば）

検査会社によっては遺伝カウンセリングと同日の実施も可能です。

血縁者の遺伝子検査の費用は、検査の部位数や検査会社により異なります。

調べる部位が1か所では費用 36,000 - 39,600 円（税込） 所要日数 2-5 週

調べる箇所が 2-3 箇所では 54,000 - 79,200 円（税込） 所要日数 2-5 週

遺伝カウンセリングの予約（遺伝子検査の結果説明）

遺伝子検査の予約当日に、所要日数を考慮して、結果説明の遺伝カウンセリング日時を予約します



遺伝カウンセリングの受診：遺伝子検査の結果説明

遺伝カウンセリングの費用は自由診療になります。

（2回目以降 60分以内 5,500 円、60分超 30分毎 5,500 円（税込））

検査結果に応じて、早期発見のための予防法などご本人の健康管理に役立つ方法について相談します。

【遺伝カウンセリング予約時の注意点】

- 保険診療上の決まりから、ゲノム外来（婦人科）と同日に、当院産婦人科での保険適用の診療や検査はできません。遺伝カウンセリングと同日に、当院外科での保険適用の診療や検査はできません。同日となった場合は、いずれかの予約日をご変更いただく必要があります。
- ゲノム外来（婦人科）と遺伝カウンセリングは外来日が異なるため、恐れ入りますが、別日になります。
- 出生前の遺伝カウンセリングや出生前診断（母体血清マーカー検査、NIPT、羊水検査など）は、この申込書では予約できません。出生前カウンセリング用の診療情報提供書をダウンロード・記載いただき、産科外来まで FAX にて申込みをお願いいたします。詳しくはホームページをご覧ください。

【お問い合わせ先】 ご不明な点は下記までお問い合わせください（下記外来休診日を除く）

● 予約に関するお問合せ

当院かかりつけの方 帝京大学医学部附属病院外科外来：03-3964-1211(代) 内線 30224

他院の方と血縁者 帝京大学医学部附属病院 医療連携室(遺伝カウンセリング)

遺伝カウンセリングの予約に関する問い合わせとお伝えいただけますとスムーズな対応が可能になります。

初診予約専用電話：03-3964-1498(直通) 受付時間：月～金 9:00～16:00、土曜日 9:00～12:00

● 遺伝カウンセリングに関するお問合せ

帝京大学医学部附属病院 帝京がんセンター

TEL：03-3964-1211（代表） 内線 30370

電話受付時間：毎週火曜 10：30～12：30

【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）

帝京大学医学部附属病院 医療連携室御中

西暦 年 月 日

FAX : 03-3964-9849

〒173-8606 東京都板橋区加賀 2-11-1 初診予約専用電話 : 03-3964-1498

医療連携室 使用欄	ID 番号 :
	予約内容: ゲノム外来(婦人科)
	予約日時: _____年____月____日____:____

遺伝カウンセリング予約申込書（患者さん申込用）

ご本人が下記の太枠内をご記入の上、上記までFAXまたは郵送にて申込みをお願いいたします。

申込書を受領後、予約日時は医療連携室からご連絡いたしますので、必ず電話番号をご記入ください。

■受診される方の情報

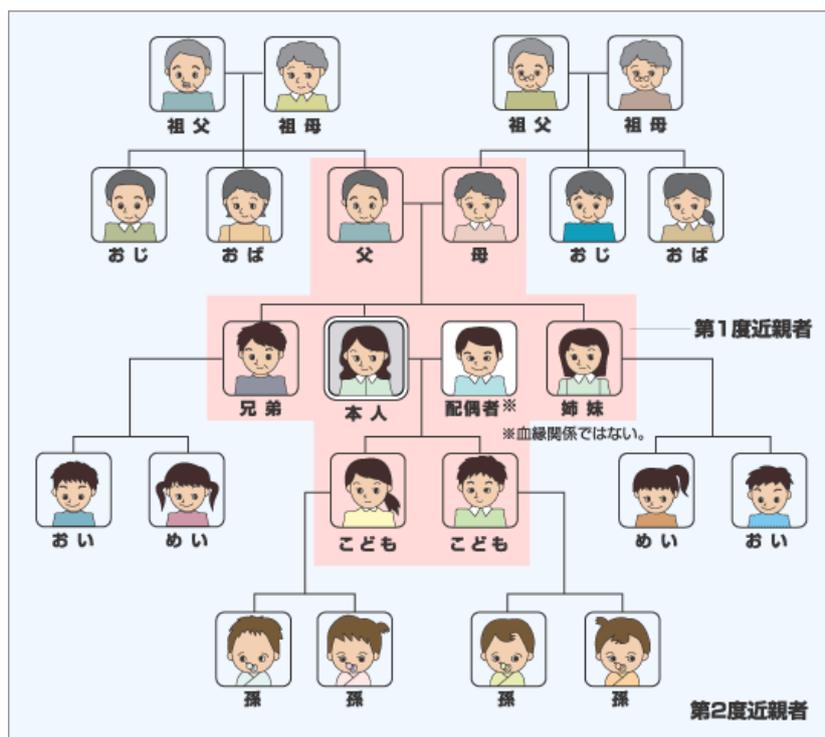
フリガナ			
氏名		性別	男 ・ 女
生年月日	西暦 年 月 日	年齢	歳
住所	〒		
日中連絡可能な電話番号	(自宅・携帯)		
日中のご連絡	可能な曜日: <input type="checkbox"/> 月 <input type="checkbox"/> 火 <input type="checkbox"/> 水 <input type="checkbox"/> 木 <input type="checkbox"/> 金 <input type="checkbox"/> 土 (午前のみ) 連絡可能な時間帯: <input type="checkbox"/> 9-12時 <input type="checkbox"/> 12-15時 <input type="checkbox"/> 15-17時 <input type="checkbox"/> その他 (時~ 時)		
	<ul style="list-style-type: none"> ● 受診当日の同伴者: <input type="checkbox"/>いない <input type="checkbox"/>いる→ (ご本人との続柄:) ● ご家系に遺伝性腫瘍と診断された方が → <input type="checkbox"/>いない <input type="checkbox"/>いる ● 上記の回答が「いる」の方のみ遺伝性腫瘍の方について下記にもお答えください あなたとの続柄: <input type="checkbox"/> 父親 <input type="checkbox"/> 母親 <input type="checkbox"/> 子ども <input type="checkbox"/> その他 () 遺伝性腫瘍の病名および遺伝子名 () 遺伝子検査を受けた医療機関 () 当院で遺伝子検査を受けた方のみ氏名 ()		
当院受診歴	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり→当院受診カード (ID) 番号を下記にお書きください () ※ID 番号は×を除いた数字のみ記載ください		
来談の目的や理由	<input type="checkbox"/> 遺伝カウンセリング希望 <input type="checkbox"/> 遺伝子検査に関する相談 <input type="checkbox"/> その他 可能な範囲で具体的なお相談内容をご記入ください (別紙でも結構です)		
遺伝子検査について	<input type="checkbox"/> 話を聞いて考えたい <input type="checkbox"/> 受けるか迷っている <input type="checkbox"/> 受けたい		

【ご家族やご親族の方の家族歴について】

ゲノム外来や遺伝カウンセリングでは、あなたの遺伝的な状況を確認しますので、あなたと血のつながりのある家族や親族の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。

親族とは、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、曾孫を指します。



FALCO biosystems Ltd.より

事前に、血縁のある方の家族歴についてご確認をお願いいたします。

- あなたとご関係
- 現在のご年齢（または亡くなったときのご年齢）
- 病気と診断されたときのご年齢
- 病名（とくにがんや腫瘍（※））
- その他（病名がわからない場合、発症した年齢や症状や特徴など）

※どの部位のがんや腫瘍なのかをご確認ください。

乳がん、卵巣がん、前立腺がん、子宮体がん（子宮内膜がん）、大腸がん、膵臓がん、白血病、腎臓がん、腎盂・尿管がん、脳腫瘍、小腸がん、甲状腺がん、悪性黒色腫（メラノーマ）、副腎皮質がん、肉腫など

※子宮がんには、子宮体がんと子宮頸がんがありますので、それぞれ区別してご確認ください。

【家族歴の記入用紙】

ID _____ お名前 _____

ご家族の中にすでに遺伝子検査を受けた方がいる場合は、可能なら検査結果（コピー）をご持参ください。
本用紙には血縁のある方の家族歴を記載いただき、ゲノム外来または遺伝カウンセリング当日ご持参ください。

- 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

あなたとの ご関係 ※母方または父方 も記載ください		現在のご年齢 (亡くなった時 のご年齢)	診断された時の ご年齢	病名 (がんなど)	その他 (症状や特徴など)
例	姉	50 歳	45 歳 46 歳	右乳がん 左乳がん	
	母方 おば	(75 歳)	65 歳	卵巣がん	
	父方 いとこ	45 歳	45 歳ころ	子宮体がん	