当院では、ご自身やご家族の病気について詳しくお伺いするため、遺伝カウンセリング前に問診票の

ご記入をお願いしています。

お名前　　　　　　　　　　　　　生年月日 (西暦)　　　　　年　　　月　　　日　　 　 年齢　　　歳

今回、遺伝カウンセリング外来で相談したい内容について教えてください．

|  |
| --- |
| できるだけ詳しくお書きください． |

(主治医からの紹介で来談される方)
来談について主治医からどのような説明をうけているか教えてください．

|  |
| --- |
| *例) 治療方針を決めるために，遺伝子の検査が必要と言われた* |

あなたが**現在お持ちの**、また**これまでに経験したことがある**、健康上の問題や診断されている病気について

教えてください．

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **健康上の問題・病名** | **診断された年齢** | **治療の内容** | **病院・施設** |
| *(例) 糖尿病* | *52歳* | *内服* | *鹿児島大学病院* |
| *(例) 右足の骨折* | *24歳* | *手術* | *桜が丘整形外科* |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
| 枠がたりないときにはこちらに記入してください |

ご家族のことを教えてください。

性別に○を、お亡くなりになった方には年齢に○をご記入ください。わかる範囲でけっこうです。

・お子様 ： a男・女　　　　歳　 b男・女　　　　歳　 c男・女　　　　歳　 d男・女　　　　歳

・お子様の子（孫）：aの子　　　　　　 bの子　　　　　　 cの子　　　　　　 dの子

男・女　　　歳　　 男・女　　　歳　　 男・女　　　歳　　 男・女　　　歳

男・女　　　歳　　 男・女　　　歳　　 男・女　　　歳　　 男・女　　　歳

男・女　　　歳　　 男・女　　　歳　　 男・女　　　歳　　 男・女　　　歳

・兄弟姉妹　：　①男・女　　　歳　 ②男・女　　　歳 　 ③男・女　　　歳　 ④男・女　　　歳

・兄弟姉妹の子：①の子　　　　　　 ②の子　　　　　　 ③の子　　　　　　 ④の子

男・女　　　歳　　 男・女　　　歳　　 男・女　　　歳　　 男・女　　　歳

男・女　　　歳　　 男・女　　　歳　　 男・女　　　歳　　 男・女　　　歳

男・女　　　歳　　 男・女　　　歳　　 男・女　　　歳　　 男・女　　　歳

・父親（　　歳）の兄弟姉妹：男・女　　歳　 男・女　　歳　 男・女　　歳　 男・女　　歳

・母親（　　歳）の兄弟姉妹：男・女　　歳　 男・女　　歳　 男・女　　歳　 男・女　　歳

・父系祖父（　　歳）の兄弟姉妹：男・女　　　歳　　男・女　　　歳　　男・女　　　歳

・父系祖母（　　歳）の兄弟姉妹：男・女　　　歳　　男・女　　　歳　　男・女　　　歳

・母系祖父（　　歳）の兄弟姉妹：男・女　　　歳　　男・女　　　歳　　男・女　　　歳

・母系祖母（　　歳）の兄弟姉妹：男・女　　　歳　　男・女　　　歳　　男・女　　　歳

追加の情報がありましたら、こちらにお書きください。

　（養子、流産・死産、いとこ婚などご経験の方がありましたら、教えていただけるとありがたいです。

　　カウンセリング当日にお話いただいてもかまいません）

ご家族のなかで、健康上の問題や診断されている病気をお持ちの方がいらっしゃれば、教えてください．

　わかる範囲でけっこうです。

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **あなたとのご関係** | **健康上の問題・病名** | **診断された年齢** |
| *（例）父* |  *肺がん* | *52歳* |
| *（例）母系おば* | *糖尿病* | *43歳* |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
| 枠がたりないときにはこちらに記入してください |

・ご家族の中で同居されている人はどなたですか。

・治療のこと、生活のことなどいちばん相談にのってくれる方はどなたですか。

ご記入ありがとうございました。