お名前　　　　　　　　　　　　　生年月日　　　　　年(西暦)　　　月　　　日

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** | **かかっている病院** |
| *(例) 糖尿病* | *52歳* | *内服* | *鹿児島大学病院* |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
| 枠がたりないときにはこちらに記入してください |

あなたが**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** | **かかっていた病院** |
| *(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 |

次のページにつづきます

**ご家族のことについて，お亡くなりになった方\*も含めて教えてください．**

\*お亡くなりになった方は，□に✓をし，年齢には亡くなった年齢をお書きください．

わかる範囲で結構です.

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **父母** | **年齢** | **健康上の問題がある場合，発症・診断の年齢** *例:糖尿病(52)，ふらつき(62)* |
| **□ 父** |  |  |
| **□ 母** |  |  |
| **きょうだい**性別に〇 | **年齢** | **健康上の問題がある場合，発症・診断の年齢** |
| **□ 男・女** |  |  |
| **□ 男・女** |  |  |
| **□ 男・女** |  |  |
| **□ 男・女** |  |  |
| **□ 男・女** |  |  |
| 6名以上きょうだいがいる場合には，カウンセリング当日にお聞かせください |
| **子**性別に〇 | **年齢** | **健康上の問題がある場合，発症・診断の年齢** |
| **□ 男・女** |  |  |
| **□ 男・女** |  |  |
| **□ 男・女** |  |  |
| **□ 男・女** |  |  |
| **□ 男・女** |  |  |
| 6名以上お子さんがいる場合には，カウンセリング当日にお聞かせください |
| お子さんの中に，養子はいますか？(どちらかに〇)　いる・いない |
| 流産・死産のご経験はありますか？(どちらかに〇) 　ない・ある |
| **孫** | **年齢** | **健康上の問題がある場合，発症・診断の年齢**  |
| **□ 男・女** |  |  |
| **□ 男・女** |  |  |
| **□ 男・女** |  |  |
| **□ 男・女** |  |  |
| **□ 男・女** |  |  |
| 6名以上お孫さんがいる場合には，カウンセリング当日にお聞かせください |
| **配偶者** | **年齢** | **健康上の問題がある場合，発症・診断の年齢**  |
| **□ 男・女** |  |  |
| 配偶者との間に血縁関係(いとこ婚等)はありますか？(どちらかに〇)　ない・ある |
| 上記の配偶者以外に，過去の配偶関係はありますか？(どちらかに〇)　ない・ある |

次のページにつづきます

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **父方祖父母** | **年齢** | **健康上の問題がある場合，発症・診断の年齢** *例:糖尿病(52) ，ふらつき(62)* |
| **□ 祖父** |  |  |
| **□ 祖母** |  |  |
| **父方おじ・おば**性別に〇 | **年齢** | **健康上の問題がある場合，発症・診断の年齢** |
| **□ 男・女** |  |  |
| **□ 男・女** |  |  |
| **□ 男・女** |  |  |
| **□ 男・女** |  |  |
| **□ 男・女** |  |  |
| 6名以上おじ・おばがいる場合には，カウンセリング当日にお聞かせください |
| **母方祖父母** | **年齢** | **健康上の問題がある場合，発症・診断の年齢** |
| **□ 祖父** |  |  |
| **□ 祖母** |  |  |
| **母方おじ・おば**性別に〇 | **年齢** | **健康上の問題がある場合，発症・診断の年齢** |
| **□ 男・女** |  |  |
| **□ 男・女** |  |  |
| **□ 男・女** |  |  |
| **□ 男・女** |  |  |
| **□ 男・女** |  |  |
| **□ 男・女** |  |  |
| 7名以上おじ・おばがいる場合には，カウンセリング当日にお聞かせください |
| **おい・めい** | **年齢** | **健康上の問題がある場合，発症・診断の年齢** |
| **□ 男・女** |  |  |
| **□ 男・女** |  |  |
| **□ 男・女** |  |  |
| **□ 男・女** |  |  |
| **□ 男・女** |  |  |
| **□ 男・女** |  |  |
| 7名以上おい・めいがいる場合には，カウンセリング当日にお聞かせください． |
| **上記の他に，気になる健康上の問題をおもちの親族がいれば，記載して下さい** |
| *例)　父方いとこ 糖尿病(43)* |

ご記入ありがとうございました