# 遺伝カウンセリング申込書

私は、下記の「遺伝カウンセリングの申し込みをされる方へのお願い」に同意しましたので、遺伝カウンセリングの申し込みをいたします。

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| ふりがな |  | 生年月日 | 西暦年　　月　　日（　　　歳） |
| 相談者氏名 |  |
| 相談者住所 | 〒 | ご希望連絡先 | 1. ( ) 　　-
 |
| 1. ( )　　　-
 |
| 紹介の有無 | 有 ・ 無 | かかりつけ医紹介状をもらう予定の病院 |  |
| 診療科 |  |
| 面談希望日 | 第1希望 |  | 第2希望 |  | 第3希望 |  |

1. これまでに当院を受診したことはありますか？

□はい　・　□いいえ

1. これまでに遺伝カウンセリングを受診したことはありますか？（他院も含む）

□はい　・　□いいえ

1. どのような理由で遺伝カウンセリングを希望されていますか？

□出生前検査　→　別紙（問診表）をご記入ください。

□遺伝性のガン

□ガン以外の遺伝性疾患

□その他（具体的な理由：　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）

遺伝カウンセリングの申し込みをされる方へのお願い

（必ずお読みください）

* 原則、遺伝カウンセリングは臨床遺伝専門医または認定遺伝カウンセラーが担当しますが、必要に応じて他の医師、看護師が同席させていただく場合があります。
* この申込書の内容を含め、患者さんのご相談内容やプライバシーについては厳重に守られます。
* 相談日時については、担当医と調整をした上でご連絡いたします。
* 遺伝カウンセリングの料金は初回11,000円（消費税込）です。健康保険の適用にはなりませんのでご注意ください。
* 様式1、様式2をご提出下さい。
* 出生前検査をご希望の場合には「出生前検査についての問診票」も一緒にご提出下さい。