**遺伝カウンセリングのための診療情報提供書**

山梨大学医学部　外科学講座第1教室医局宛

FAX番号 055-273-7390 [受付時間] 月～金　9:00～17:00

山梨大学医学部 外科学講座第1教室 医局宛

記載日 西暦　 　　　　　年 　　月 　　日

ご依頼元

医療機関名

医師名

電話番号

FAX番号

遺伝カウンセリングを希望される患者さんの情報

フリガナ

氏名

生年月日 　西暦 　　　　年 　　　月 　　　日　（ 　　　歳）

当院受診歴　□なし　□あり（※わかれば、ID　　　　　　　　　 ）

患者さんの連絡先電話番号

乳がんの治療歴（いつ頃乳がんに罹患したか、どこで治療したか、など。乳がんのサブタイプや治療内容についても、わかる範囲で記載してください。）

乳がん・卵巣がんの家族歴（祖父母の代までわかる範囲で。また、父方、母方のどちらであるかも記載してください。発症年齢がわかれば記載してください。例） 母方の叔母：54歳で発症。右乳がんトリプルネガティブ。）

他のがんの家族歴（祖父母の代までわかる範囲で。また、父方、母方のどちらであるかも記載してください。発症年齢がわかれば記載してください。）

今回の遺伝カウンセリングで特に聞きたい内容