

斗南病院 がんの遺伝外来 家族歴 問診票

【問診票のご案内】

がんの遺伝外来をご予約いただきありがとうございます。
初回診療の準備のため、問診票をご記入の上、がんの遺伝外来
あるいは下記宛にご郵送くださいますようお願いいたします。
なお、事前にご連絡させていただく場合があります。

受付日時：	年	月	日（ ）	時	分
フリガナ 氏名	：				
生年月日/年齢：	年	月	日 /	歳	
連絡先(電話番号)：	臨床遺伝診療センターから連絡（可・不可） 連絡を希望する曜日、時間帯（あり・なし） 曜日： 時間帯：				
相談したい内容・気になっていることなど：					
備考：【紹介状 あり or なし 】					

①あなたは何人きょうだいの何番目ですか？
なし or _____人中_____番目
②あなたは何人子どもがいますか？
なし or _____人
③あなたの家族にがんになった人はいますか？
いない or いる（ 人）

送付先住所：
〒060-0004
北海道札幌市中央区北4条西7丁目3番8号
斗南病院 臨床遺伝診療センター 宛

がんの遺伝外来では、がんになられたご家族・血縁者の情報が重要となるため、わかる範囲で結構ですのでお知らせください。

あなたとの続柄	がんの種類 ※分からなければ「不明」	がん と 診 断 さ れ た 年 齢 (○歳または○代)	生存 or 死別
例)父方の祖母	乳がん	40代くらい	生存 or 死別
			生存 or 死別
			生存 or 死別
			生存 or 死別
			生存 or 死別
			生存 or 死別
			生存 or 死別
			生存 or 死別
☐ がんになった身内はいない			

※ 続柄を記載する時に参考に使ってください。

