**診療情報提供書**

国家公務員共済組合連合会　虎の門病院

遺伝診療センター

ゲノム外来・腎膠原病遺伝外来

紹介元医療機関の　　住所：

所在地・名称　　　　医療機関名：

　　　　　　　　　　診療科名：

　　　　　　　　　　紹介医氏名：

　　　　　　　　　　電話番号・FAX：

下記の患者様が遺伝カウンセリングを希望しておりますので紹介します。

|  |
| --- |
| 患者氏名（フリガナ）：  生年月日：大正・昭和・平成・令和　西暦　　　年　 　月　　　日（　　　歳）  性別：男性・女性  住所：  電話番号（携帯電話番号）： |
| 紹介目的：  既往歴及び家族歴（がん等の既往歴も含む）：  ご本人や血縁者の病状・治療経過（血縁者の病歴や診断年齢等をご記載下さい）  現在使用中の薬について：なし・あり（　　　　　　　　　　　　　　　　　）  遺伝学的検査データ：（持参可能なものをチェックして下さい）  □本人の遺伝学的検査結果  □血縁者（続柄：　　）の遺伝学的検査結果  □その他（MSI検査や研究解析の結果など）  特記事項： |

【遺伝診療センターは完全予約制です】

1. 遺伝カウンセリングと遺伝学的検査は一部の保険適応の疾患を除き自費診療となります。
2. 血縁者が遺伝性腫瘍や遺伝性疾患と診断され当院で遺伝学的検査を希望する場合、ご家族の検査結果が必要になります。来院当日に検査結果をご持参頂くか、事前に郵送にてご送付をお願いします。
3. 初診のご予約は当院医療連携室にて承ります。当院ホームページをご確認下さい。