

遺伝性がんスクリーニング検査（乳・卵巣・前立腺） 問診票

年 月 日

ふりがな			
氏名			
生年月日	T・S・H	年	月 日（ 歳）
住所	〒		
電話			
職業		身長	cm 体重 kg

1. 血縁の方に乳がん、卵巣がん、前立腺がん、膵臓がんの方がいますか？

その他のがん（ _____ ）

いいえ はい 続柄（ _____ ）

2. 今までに遺伝子検査を受けたことはありますか？また何か指摘された遺伝子異常はありますか？

いいえ はい 内容（ _____ ）

3. 女性の方への質問です。性交渉の経験はございますか？

いいえ はい

4. 女性の方への質問です。現在妊娠していますか？また、その可能性はありますか？

いいえ はい 妊娠（ _____ か月）

5. 女性の方への質問です。出産の経験はございますか？

いいえ はい（ _____ 人）

6. 女性の方への質問です。最終月経日はいつですか？

最後の月経（ _____ 年 _____ 月 _____ 日から _____ 日間）

7. 現在服用中の薬がありますか？

いいえ はい お薬手帳をお出してください

8. 食物や薬のアレルギーがありますか？

いいえ はい アレルギー名（ _____ ）

9. 当院をどのようにお知りになりましたか？

ホームページ 家族・知人の紹介 通りがかり 看板をみて 通院したことがある

その他（ _____ ）

ご記入ありがとうございました。