

MEN専門外来（多発性内分泌腫瘍症）お申込方法

MEN 専門外来にて、対象となる方には遺伝カウンセリングをご案内しております。

● 当院におかかりの患者さん

- ・ 主治医を通して MEN 専門外来をご予約ください。

● MEN に関する症状があり、地域の医療機関に通院中の方

- ・ 通院中の医療機関にて、当院外科宛の紹介状、および検査データ・画像データをお手元にご用意いただき、医療連携室宛に郵送、または受診当日にご持参ください。
- ・ 4 ページ目の「MEN 専門外来予約申込書」をプリントアウトの上、ご自身で枠内の事項をご記入いただき、医療連携室まで FAX または郵送ください。
- ・ 医療連携室にて予約申込書を確認できましたら、予約日時を決定し、予約申込書にご記入いただいたご連絡先にお電話いたします。
- ・ 紹介状をお持ちの方には、初診時の選定療養費（初診料）7,700 円(税込)はご負担頂いておりません。

● MEN に関して無症状または軽症状で、医療機関におかかりではない方 または

● MEN 患者さんの血縁者の方

- ・ 4 ページ目「MEN 専門外来予約申込書」をプリントアウトの上、ご自身で枠内の事項をご記入いただき、医療連携室まで FAX または郵送の上、MEN 専門外来をご予約ください。
- ・ 医療連携室にて予約申込書を確認後、予約日時を決定し、お電話にてご連絡いたします。

事前準備

4 ページ目の「MEN 専門外来予約申込書」をプリントアウトの上、枠内の事項をご自身でご記入いただき、医療連携室まで FAX または郵送ください。

- ・ ご相談内容等の確認のために、医療連携室からお電話させていただくことがあります。
- ・ ご連絡可能な電話番号(自宅または携帯)は、必ずご記入ください。
- ・ 受診当日の予約は行っておりません。
- ・ 受付時間を過ぎた場合、翌日以降の対応となります。
- ・

「MEN 専門外来予約申込書」を印刷できない場合

医療連携室(下記)までお電話いただければ、郵送または FAX いたします。

予約変更やキャンセルされる場合、必ず医療連携室までご連絡をお願いします。

帝京大学医学部附属病院 医療連携室 電話:03-3964-1498(直通)

受付時間:平日 9:00~16:00、土曜日 9:00~12:00 (※外来休診日を除く)

※外来休診日:日曜日、祝日、年末年始(12月29日~1月3)、創立記念日(6月29日)

MEN専門外来の受診当日

① 1階 初診受付窓口

予約時間の15分前までに初診受付窓口までお越しください。

初診の方は、「診療受付申込書」をご記入ください。

ご紹介先から紹介状や検査データ、画像データ等は初診受付窓口にご提示ください。

紹介状をお持ちの方には初診時の選定療養費(初診料)はご負担いたいたいておりません。



② MEN 専門外来の受診

2階 外科 毎週 木曜 13:00-13:30(1回 30分) 完全予約制

MEN 専門外来の診療は、保険診療になります。

初診時にご家族のがんや腫瘍の家族歴についてお伺いします。

事前に家族歴をご確認いただき、「家族歴記入用紙」は初診時に外来受付にご提出ください。



③ MEN 遺伝カウンセリングの予約

- ・ MEN 専門外来にて診察後、対象となる方に遺伝カウンセリングを予約しております。
- ・ 遺伝カウンセリングの予約は、ゲノム外来のスタッフにより進めさせていただきます。患者さんから直接遺伝カウンセリングを予約することはできません。
- ・ MEN 専門外来と遺伝カウンセリングは別日になります。

MEN (多発性内分泌腫瘍症) の遺伝カウンセリング

当院では、MEN(多発性内分泌腫瘍症)の患者さん、およびご家族に対して遺伝性腫瘍専門医や認定遺伝カウンセラーによる遺伝カウンセリングを提供しています。

遺伝カウンセリングとは、遺伝や遺伝子に関する疑問や不安を抱える方々への重要なサービスです。

当院の遺伝カウンセリングでは、詳しく病歴や家族歴をお聞きし、それぞれの方の状況を理解したうえで、正確な医学的情報を分かりやすく提供することで、遺伝性腫瘍に関する理解を手助けいたします。患者さんや血縁者の方が直面する課題を整理し、不安や心理的負担などお気持ちを尊重しながらサポートしていきます。遺伝子検査を受けるかどうかも含め、自律的に考え、ご自身が納得できる選択をできるように支援します。遺伝カウンセリングで遺伝子検査を強制されることは決してありません。

遺伝カウンセリングの内容は、厳重に秘匿されます。本人の知らないうちに、第三者に伝わるようなことは決してありません。遺伝カウンセリングでは、安心してご自身のお考えやお気持ちをお伝え下さい。

A 初回 MEN 遺伝カウンセリング (予約制)

2階 外科外来 毎週 月曜日 13:00-16:30 1回 60-90分

遺伝カウンセリングの費用は保険適用外となり、料金は以下の通りです(税込)

・初回(60分まで) 8,800円 ・2回目以降 5,500円 ・60分を超える30分毎 5,500円追加

B MEN 遺伝子検査

MEN 遺伝カウンセリング後、対象となる方に MEN 遺伝子検査をご提案しております。

遺伝子検査は遺伝カウンセリング当日に予約が可能ですが、採血は後日になります。

詳細なスケジュールは、遺伝カウンセリング時にお知らせいたします。

MEN1 疑いの方、および甲状腺髄様癌の方に対する遺伝子検査

MEN1型の遺伝子検査は保険適用(3割負担)で約15,000円です。

遺伝子検査の予約は遺伝カウンセリングの同日に可能ですが、採血は後日になります。

結果までの所要日数: MEN1 型 MEN1 遺伝子検査 約 21-22 日

MEN2 型 RET 遺伝子検査 約 14-15 日

血縁者の遺伝子検査

MEN 血縁者の遺伝子検査は、保険適用外で自費診療となります。

検査対象となる変異箇所数に応じて費用が変動し、約 4 万円～です。

遺伝カウンセリングの同日に遺伝子検査の実施が可能です。

結果までの所要日数は、約 14-15 日です。

C 2回目以降の MEN 遺伝カウンセリング(遺伝子検査の結果説明)

MEN 遺伝カウンセリングにおいて遺伝子検査の結果を詳しくご説明いたします。

結果に応じた健康管理の方法や対処法、治療などについても、ご相談いただけます。

患者さんやご家族の健康管理に役立つ情報やサポートを提供し、最適な選択をお手伝いしています。

【MEN 遺伝カウンセリング予約時の注意点】

以下の点をご留意いただき、ご協力をお願い申し上げます。

- 保険診療制度の規則により、MEN 専門外来での診察や検査と、遺伝カウンセリングを同日に受けることはできません。同日となった場合は、いずれかの予約日をご変更いただく必要があります。
- 外来日が異なるため、ゲノム外来と同日に遺伝カウンセリングはご予約いただけません。

お問合せ先

【お問い合わせ先】 ご質問やご不明な点がございましたら、下記までお問い合わせください。

ただし、外来休診日を除く、受付時間をお願いいたします。

- MEN 専門外来の予約、および MEN 専門外来予約申込書に関するお問い合わせ
帝京大学医学部附属病院 医療連携室
初診予約専用電話: 03-3964-1498(直通) / FAX 03-3964-9849
受付時間: 月~金 9:00-16:00 土曜日 9:00-12:00
- MEN 遺伝カウンセリングに関するお問い合わせ
帝京大学医学部附属病院 帝京がんセンター
TEL: 03-3964-1211(代表) 内線30370 受付時間: 火・木 16:00~17:00
遺伝カウンセリングに関する問い合わせとお伝えいただき、
遺伝カウンセラー不在時は、お名前とご連絡先をお伝えください。
メールアドレス(遺伝カウンセラー直通) Teikyo_GCounseling@med.teikyo-u.ac.jp
(Teikyo と GC の間はアンダーバー)

外来休診日: 日曜日、祝日、創立記念日(6月29日)、年末年始(12月29日~1月3日)

帝京大学医学部附属病院 医療連携室 御中

受領日:西暦20 年 月 日

FAX:03-3964-9849

〒173-8606 東京都板橋区加賀2-11-1 TEL:03-3964-1498

| | |
|--------------|--|
| 医療連携室 使用欄 | ID: |
| | 予約内容: MEN 専門外来(外科) |
| | 予約日時: 20 年 月 日 : |
| | 予約取得後、本用紙をスキャンください (スキャン先 :その他→ゲノム/遺伝→遺伝性腫瘍) 予約取得後、本用紙コピーを外科外来受付に送付、予約日時は MEN 外来担当医に電話連絡をお願いします |

MEN 専門外来予約申込書

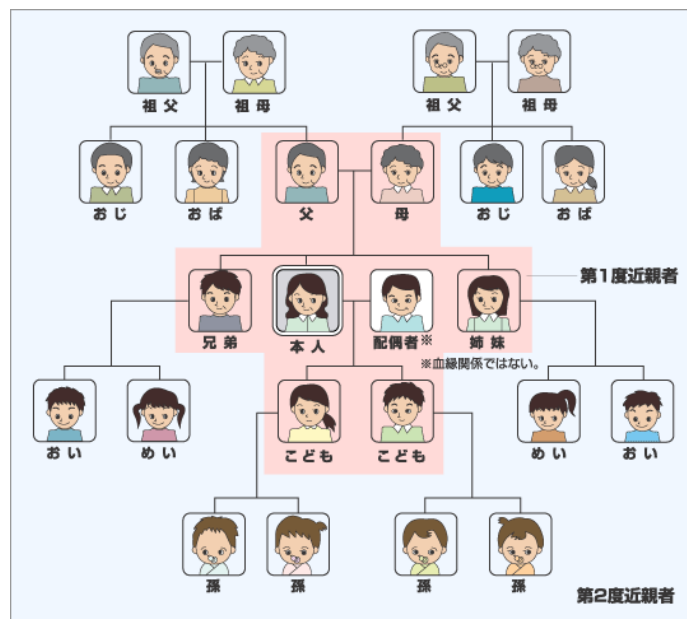
ご本人様が下記の枠内をすべてご記入の上、医療連携室までFAXまたは郵送をお願いいたします。

■受診される方の情報

| | | | |
|--------------|--|----|-----|
| フリガナ | | | |
| お名前 | | 性別 | 男・女 |
| 生年月日 | 西暦20 年 月 日 | 年齢 | 歳 |
| ご住所 | 〒 | | |
| 当院受診歴 | <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり→当院受診カード番号(×を除いた数字のみ) | | |
| 日中ご連絡可能な電話番号 | (自宅・携帯) | | |
| 日中のご連絡 | 可能な曜日: <input type="checkbox"/> 月 <input type="checkbox"/> 火 <input type="checkbox"/> 水 <input type="checkbox"/> 木 <input type="checkbox"/> 金 <input type="checkbox"/> 土(午前のみ) 可能な時間帯: <input type="checkbox"/> 9-12時 <input type="checkbox"/> 12-15時 <input type="checkbox"/> 15-17時 <input type="checkbox"/> その他(時- 時) | | |
| 問診 | <p>Q1 具体的なお相談内容をご記入ください(別紙でも結構です)</p> <hr/> <p>Q2 ご家系に MEN と診断された方はいますか →<input type="checkbox"/>いない <input type="checkbox"/>いる <input type="checkbox"/>不明</p> <p>Q3 (Q2 でいると回答の方)ご家系の MEN の方は →<input type="checkbox"/>MEN1 型 <input type="checkbox"/>MEN2 型 <input type="checkbox"/>不明</p> <p>Q4 ご家系の MEN の方は当院で治療歴がありますか <input type="checkbox"/>いいえ <input type="checkbox"/>不明 <input type="checkbox"/>はい→患者さんのお名前() あなたとの続柄: <input type="checkbox"/>父 <input type="checkbox"/>母 <input type="checkbox"/>きょうだい <input type="checkbox"/>子 <input type="checkbox"/>おじ・おば <input type="checkbox"/>その他()</p> <p>Q6 ご家系の MEN の方は遺伝子検査を受けていますか→<input type="checkbox"/>はい <input type="checkbox"/>いいえ <input type="checkbox"/>不明 (はいの方) できれば遺伝子検査結果コピーをご持参ください</p> <p>Q7 あなたは以下の病気を指摘されたことがありますか <input type="checkbox"/>副甲状腺機能亢進症 <input type="checkbox"/>腫瘍(部位→<input type="checkbox"/>膵臓 <input type="checkbox"/>消化管 <input type="checkbox"/>下垂体 <input type="checkbox"/>甲状腺 <input type="checkbox"/>副甲状腺 <input type="checkbox"/>副腎(<input type="checkbox"/>褐色細胞腫 <input type="checkbox"/>その他) <input type="checkbox"/>胸腺 <input type="checkbox"/>気管支 <input type="checkbox"/>皮膚 <input type="checkbox"/>その他</p> <p>Q8 MEN 遺伝子検査についてお考えをお聞かせください <input type="checkbox"/>話を聞いて考えたい <input type="checkbox"/>受けるか迷っている <input type="checkbox"/>受けたい</p> | | |

【お願い】家族歴について事前にご確認をお願いいたします

- MEN 専門外来や MEN 遺伝カウンセリングでは、あなたの遺伝的な状況も確認しますので、あなたと血縁関係にある方の病気について詳しい情報が必要になります。遺伝的な状況を見ますので、亡くなった方についても情報が必要です。あなたの血縁者の家族歴について家族歴記入用紙にご記入いただき、受診当日にご持参ください
 - ・ あなたとの血縁関係(続柄)
 - ・ 現在の年齢(または、亡くなったときの年齢)
 - ・ 病名(不明の場合、症状など)と診断時の年齢
- 親族とは、両親、きょうだい、子ども、祖父母、孫、おじ・おば、甥・姪、いとこ、大おじ・大おば(祖父母のきょうだい)、曾祖父母、曾孫を指します。



FALCO biosystems Ltd.より

あなたと血縁のある方の家族歴(下記)について MEN 専門外来の受診前にご確認をお願いいたします。

- あなたとのご関係(続柄)
- 現在のご年齢(または、亡くなったときのご年齢)
- 診断されたときのご年齢
- 具体的な症状

MEN1 型では、下記のような症状が起こりやすいとされています

- ・ さまざまな腫瘍 (膵臓、消化管、下垂体、副甲状腺、副腎、胸腺、気管支、皮膚など)
- ・ 副甲状腺機能亢進症など

MEN2 型では、下記のような症状が起こりやすいとされています

- ・ 甲状腺髄様癌(ずいようがん)
- ・ 副腎の褐色細胞腫
- ・ 副甲状腺機能亢進症など

- MEN では年齢を重ねるごとに症状が出る傾向があり、子どもや若い方では無症状のことがあります。

【家族歴の記入用紙】

お名前 _____ ご年齢 _____ 歳

事前に家族歴を記入いただき、本用紙は MEN 専門外来の当日、外科外来受付にご提出ください。

- MEN1 型では、とくに下記のような症状が起こりやすいとされています
 - ・ 腫瘍(膵臓、消化管、下垂体、副甲状腺、副腎、胸腺、気管支、皮膚など)
 - ・ 副甲状腺機能亢進症
- MEN2 型では、とくに下記のような症状が起こりやすいとされています
 - ・ 甲状腺髄様癌(ずいようがん)・褐色細胞腫 ・ 副甲状腺機能亢進症
- あなたとご両親はそれぞれ、何人きょうだいの何番目ですか？
 - あなた (_____)人きょうだいの(_____)番目
 - 父親 (_____)人きょうだいの(_____)番目
 - 母親 (_____)人きょうだいの(_____)番目
- あなたのご家族の病気についてご記入ください

| あなたとの 血縁関係 ※母方・父方も 記入ください | | 現在のご年齢 (亡くなったとき のご年齢) | MEN 診断 の有無 | MEN 診断時のご年齢 | 診断時の年齢・症状など |
|------------------------------------|-------|-----------------------------|---------------|----------------|----------------------------|
| 例 | 父 | 43 歳 | あり | 20 歳 | 遺伝子検査で診断 甲状腺腫瘍、副腎腫瘍 |
| | 父方 おじ | 45 歳 | あり | 22 歳 | 遺伝子検査で診断 副甲状腺機能亢進症、副腎腫瘍 |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |