

遺伝性腫瘍の血縁者の方 ゲノム診療外来お申込み方法

ゲノム診療外来(産婦人科)を受診後、対象となる方に、遺伝カウンセリングをご案内しております。

当院では、下記のような遺伝性腫瘍の血縁者の遺伝カウンセリング、遺伝子検査に対応しております。

・HBOC(遺伝性乳がん卵巣がん症候群)	・リンチ症候群(Lynch 症候群)
・リー・フラウメニ症候群(Li-Fraumeni 症候群)	・家族性大腸腺腫症(FAP)
・MEN1型/2型(多発性内分泌腺腫症)	・カウデン症候群(Cowden 症候群)
・遺伝性びまん型胃がん	・Peutz-Jeghers 症候群
・Von Hippel-Lindau 症候群など	・複数遺伝子パネル検査など

● 現在当院におかかりの血縁者の方

- ・ 主治医を通して遺伝カウンセリングをご予約ください。

● 遺伝性腫瘍の関連がんと診断されており、地域の医療機関に通院中の方

- ・ おかかりの医療機関にて、当院外科宛の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。
- ・ 通院中の医療機関にて、当院外科外来宛の紹介状、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、医療連携室に郵送、または受診当日にご持参ください。
- ・ 5 ページ目の「ゲノム診療外来予約申込書」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、ゲノム診療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、電話にてご連絡いたします。

● 遺伝性腫瘍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

- ・ 血縁者の方は紹介状なしで受診できます。
- ・ 初診時の選定療養費(初診料)7,700円(税込)をご負担いただきます。
- ・ 5 ページ目「ゲノム診療外来予約申込書」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、ゲノム診療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、電話にてご連絡いたします。

● MEN(多発性内分泌腫瘍症)の血縁者の方

遺伝カウンセリングホームページの「多発性内分泌腫瘍症(MEN)の予約方法や検査の詳細」にご案内がございます。ご確認いただき、ご案内にしたがってお手続きください。

事前準備

5 ページ目の「ゲノム診療外来予約申込書」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 または郵送にてお申込みください。

- ・ ご相談内容等の確認のために、医療連携室からご連絡差し上げる場合があります。
- ・ 日中ご連絡可能な電話番号(ご自宅または携帯)は、必ずご記入ください。
- ・ 受診当日のご予約は行っておりません。
- ・ 受付時間後は翌日以降の対応になります。

「ゲノム診療外来予約申込書」を印刷できない場合には

医療連携室(下記)までご連絡いただければ、郵送または FAX いたします。



ゲノム診療外来の受診日時を決定し、医療連携室より電話にてご連絡いたします。



予約変更やキャンセルされる場合は、必ず医療連携室までご連絡をお願いします。

医療連携室のご連絡先 外来休診日を除く、受付時間をお願いいたします。

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

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

ゲノム診療外来（産婦人科）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にお越しください。

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。

予め「ゲノム診療外来予約申込書」をFAXでお送りいただいた方は、受診当日に原本を持参ください。

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



② ゲノム診療外来(産婦人科)の受診

3階 産婦人科 外来日は不定期 平日午後(1回30分) 予約制

ゲノム診療外来の費用は、保険診療にならず、自費診療になります 5,500円(税込)

事前にご記入いただいた「家族歴記入用紙」は、産婦人科外来受付にご提出ください。

初診時に家族歴についてお伺いします。

ゲノム診療外来では遺伝性腫瘍全般を扱っております。ご相談内容の確認と遺伝カウンセリングの適否を判断したのち、対象となる方には遺伝カウンセリングを予約いたします。

③ 遺伝カウンセリングを予約

ゲノム診療外来で診察後、該当する血縁者の方には、遺伝カウンセリングを予約いたします。

ご相談内容によっては当院の遺伝カウンセリングのご希望に添えない場合があります。

ゲノム診療外来と遺伝カウンセリングは、別日になります。

遺伝性腫瘍（血縁者）の遺伝カウンセリング

当院では、HBOC（遺伝性乳がん卵巣がん症候群）、リンチ症候群などのさまざまな遺伝性腫瘍の血縁者の方に対して臨床遺伝専門医、遺伝性腫瘍専門医、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. ゲノム診療外来にて遺伝カウンセリングを予約

ゲノム診療外来で診察後、対象となる方には遺伝カウンセリングを予約いたします。



B. 初回遺伝カウンセリングの受診

2階 外科外来 第2、3週の月曜 14:00-17:00 1回 60-90分 予約制

費用： 保険適用外で自費診療になります。費用は以下の通りです(税込)

・初回(60分以内)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



C. 血縁者の遺伝子検査

遺伝カウンセリングにて対象の方に遺伝子検査をご提案しております。

ご家系の遺伝性腫瘍の患者さんの遺伝子検査の結果報告書コピーをご持参ください。

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。

調べる箇所数に応じて価格が変動し、約4万円～となります。

通常の血縁者の遺伝子検査は、遺伝カウンセリングと同日に可能です。

複数遺伝子パネル検査は、予約制のため遺伝カウンセリングの後日に採血になります。

採血～結果までの所要日数は、通常の血縁者の遺伝子検査は約14-15日、複数遺伝子パネル検査は約1-2か月です。

遺伝子検査の採血日からの所要日数を考慮して、結果説明の日時を予約します。

詳細なスケジュールや費用は、遺伝カウンセリング時にお知らせいたします。



D. 2回目以降の遺伝カウンセリング(遺伝子検査の結果説明)

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します。

結果に応じた健康管理や対処法などもご相談いただけます。

患者さんやご家族の状況に応じて最適な選択をお手伝いさせていただきます。

結果説明の遺伝カウンセリングの費用： 保険適用外で、下記になります(税込)。

・ 2回目以降:60分以内 5,500円 ・ 60分超 30分毎:5,500円

【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、遺伝カウンセリングと同日に、当院での保険診療の診察や検査はできません。同日となった場合、いずれかの予約日を変更いただく必要があります。
- 外来日が異なるため、ゲノム診療外来と遺伝カウンセリングは同日にご予約いただけません。
- 遺伝カウンセリングの予約は、ゲノム診療外来のスタッフにより進めさせていただきますので、患者さんから直接遺伝カウンセリングの予約はできません。

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。

- **ゲノム診療外来の予約、および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
TEL:03-3964-1498(直通) / FAX 03-3964-9849
受付時間:月曜日から金曜日 9:00-16:00 土曜日 9:00-12:00
- **遺伝カウンセリング外来日に関するお問い合わせ**
帝京大学医学部附属病院 外科外来
TEL:03-3964-1211(代表)/
受付時間:月曜日から金曜日 9:00-16:00 土曜日 9:00-12:00
- **遺伝カウンセリングに関するお問合せ**
遺伝カウンセリングに関するお問い合わせは、お電話またはメールで承ります。
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: ゲノム診療外来(産婦人科)
	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、本用紙コピーを産婦人科外来受付に送付、予約日時はゲノム診療外来担当医に電話連絡ください	

ゲノム診療外来(産婦人科)予約申込書

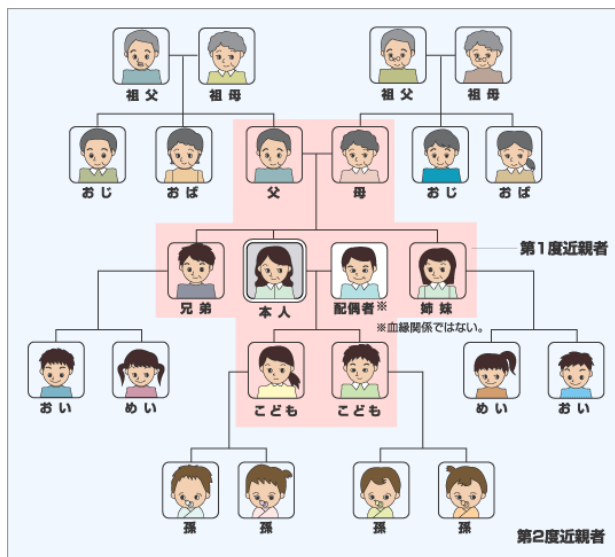
ご本人様が下記の枠内をすべてご記入の上、医療連携室までFAXまたは郵送をお願いいたします。
あらかじめゲノム診療外来予約申込書をFAXでお送りいただいた方は、受診当日に原本をご持参ください。

■受診される方の情報

フリガナ		記入日	20 年 月 日
お名前		性別	男・女
生年月日	西暦 年 月 日	年齢	歳
ご住所	〒		
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:□月 □火 □水 □木 □金 □土(午前のみ) 可能な時間帯:□9-12時 □12-15時 □15-17時 □その他(時- 時)		
当院受診歴	□なし □あり→当院受診カード番号(×を除いた数字のみ)		
問診	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) <hr/> Q2 ご家系に遺伝性腫瘍の方はいますか→□いない □いる □不明 Q3 ご家系の遺伝性腫瘍の病名→□HBOC □リンチ症候群 □その他() Q4 (Q2でいると回答の方)ご家系の遺伝性腫瘍の方は当院で治療歴がありますか □いいえ □不明 □はい→患者さんのお名前() あなたとの続柄: □父 □母 □きょうだい □子 □おじ・おば □その他() Q6 その患者さんは遺伝性腫瘍の遺伝子検査を受けていますか→□はい □いいえ □不明 Q7 あなたは以下の病気がありますか→該当疾患に☑を入れてください □乳がん □卵巣がん □膵臓がん □前立腺がん □悪性黒色腫(メラノーマ) Q8 遺伝子検査についてのお考えをお聞かせください □話を聞いて考えたい □受けるかどうか迷っている □受けない □希望しない		

事前に家族歴についてご確認をお願いいたします

- ゲノム診療外来や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(祖父のきょうだい)、曾祖父母、曾孫を指します。



FALCO biosystems より

- 遺伝性腫瘍の特徴
遺伝性腫瘍には下記のような特徴があります
 - ・ 家族にがんの方が多い
 - ・ 家族に 50 歳未満でがんを発症した方がいる
 - ・ 本人が 50 歳未満でがんを発症した
 - ・ 本人、あるいは家族が 2 回以上がんに罹患した
- 主な遺伝性腫瘍
主な遺伝性腫瘍には HBOC(遺伝性乳がん卵巣がん症候群)や Lynch(リンチ)症候群があります。
 - ・ HBOC では、下記のがんになりやすいとされています
乳がん 2 度目の乳癌 両側乳がん 男性乳がん 卵巣癌
前立腺がん 膵臓がん 悪性黒色腫(皮膚・眼)
 - ・ Lynch(リンチ)症候群では、下記のがんになりやすいとされています
大腸がん 子宮体 胃がん 卵巣がん 腎盂・尿管・膀胱がん 十二指腸がん
胆管がん 脳腫瘍 皮膚がん 膵臓がん 前立腺がん

【家族歴 記入用紙】

あなたの家族歴をご記入ください。

本用紙はゲノム診療外来受診当日に産婦人科外来受付にご提出ください。

記入日 20 年 月 日 お名前 _____ ご年齢 _____ 歳

- 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

- あなたのご家族のがんについてご記入ください(別紙でも結構です)

あなたとの血縁関係 ※母方・父方も記入		現在の年齢 (亡くなったご年齢)	診断時の年齢	病名	治療や医療機関など わかる範囲で
記入例	姉	48 歳	45 歳 46 歳	右乳がん 左乳がん	右乳房部分切除→放射線療法 (帝京大学病院) 抗がん剤→左乳房全摘→ホル モン療法(同上)
	母方おば	(70 歳)	65 歳	卵巣がん	