

ご本人とご家族の病気に関する調査票

当院ではご自身やご家族の病気について詳しくお伺いするために、調査票のご記入をお願いしています。ご記入いただいた情報をもとに、必要に応じて医療スタッフが直接詳しく伺うことがあります。遺伝的なリスクが高いと判断された場合には、当院遺伝カウンセリング外来で詳細な遺伝カウンセリングなどをお勧めする場合があります。

氏名 (ひらがな) _____

年齢 _____ 歳

ご記入日 _____ 年 _____ 月 _____ 日

【あなたご自身のことを教えてください】

- 喫煙歴： なし / あり _____ 本 (日)
- 飲酒歴： なし / 禁酒した / あり 頻度：月に一度/月に2-4度/月に2-3度/月に4度以上
- 現在投与中の薬： _____
- 今までに罹った病気と、その年齢： _____
- アレルギー歴： _____

【ご家族のことを教えてください】 性別に○をつけ、お亡くなりになった方には年齢に○を記入ください

- 子ども : a男・女 _____ 歳 b男・女 _____ 歳 c男・女 _____ 歳 d男・女 _____ 歳
- 子どもの子(孫) : aの子 bの子 cの子 dの子
 男・女 _____ 歳 男・女 _____ 歳 男・女 _____ 歳 男・女 _____ 歳
 男・女 _____ 歳 男・女 _____ 歳 男・女 _____ 歳 男・女 _____ 歳
 男・女 _____ 歳 男・女 _____ 歳 男・女 _____ 歳 男・女 _____ 歳
- 兄弟姉妹 : ①男・女 _____ 歳 ②男・女 _____ 歳 ③男・女 _____ 歳 ④男・女 _____ 歳
- 兄弟姉妹の子 : ①の子 ②の子 ③の子 ④の子
 男・女 _____ 歳 男・女 _____ 歳 男・女 _____ 歳 男・女 _____ 歳
 男・女 _____ 歳 男・女 _____ 歳 男・女 _____ 歳 男・女 _____ 歳
 男・女 _____ 歳 男・女 _____ 歳 男・女 _____ 歳 男・女 _____ 歳
- 父親 (歳) の兄弟姉妹 : 男・女 _____ 歳 男・女 _____ 歳 男・女 _____ 歳 男・女 _____ 歳
- 母親 (歳) の兄弟姉妹 : 男・女 _____ 歳 男・女 _____ 歳 男・女 _____ 歳 男・女 _____ 歳

- 父系祖父 (歳) の兄弟姉妹 : 男・女 _____ 歳 男・女 _____ 歳 男・女 _____ 歳
- 父系祖母 (歳) の兄弟姉妹 : 男・女 _____ 歳 男・女 _____ 歳 男・女 _____ 歳

- 母系祖父 (歳) の兄弟姉妹 : 男・女 _____ 歳 男・女 _____ 歳 男・女 _____ 歳
- 母系祖母 (歳) の兄弟姉妹 : 男・女 _____ 歳 男・女 _____ 歳 男・女 _____ 歳

・父方の家系・母方の家系・兄弟姉妹子どもに、がんの方がいらっしゃいますか

	父親/父親側の家系	診断された年齢	母親/母親側の家系	診断された年齢	兄弟・姉妹/子ども	診断された年齢
肺がん	父	53歳	なし			
乳がん	なし		おば・祖母	45歳・55歳	姉	48歳

	父親/父親側の家系	診断された年齢	母親/母親側の家系	診断された年齢	兄弟・姉妹/子ども	診断された年齢

・ご家族の中で同居されている人はどなたですか

()

・治療のこと、生活のことなど一番相談に乗ってくれる人はどなたですか

()

【今後の見通し（治療方針、予後など）について、主治医からどのように説明を受けていますか】

()

【当外来を受診するに至った経緯を教えてください】

自分で調べた/主治医に勧められた/その他

()

【現在お仕事をされていますか】

はい（現在のご職業についてご記入ください）（)

いいえ（以前就かれていたご職業についてご記入ください）（)

【先進医療特約が付いた民間保険の有無について教えてください】

あり / なし / わからない