遺伝子外来　問診票

お名前　　（　　）歳　　身長　　cm　体重　　kg

以下の質問をお読みいただき、当てはまる項目があれば四角のマス（□）に印（レ）を入れてください。

記入年月日：西暦　　年　　月　　日

1．遺伝子外来の受診を希望される理由をお知らせください（複数可）。

□「がん」「腫瘍」の経験を自分がした
(下記の該当するものに○をしてください)
大腸・小腸・胃・子宮・卵巣・乳房・肝臓・胆道・腎臓・尿管・前立腺・膵臓・脳・
その他（　　）

□家族や親族に「がん」「腫瘍」に掛かった人が多い。
(下記の該当するものに○をしてください)
大腸・小腸・胃・子宮・卵巣・乳房・肝臓・胆道・腎臓・尿管・前立腺・膵臓・脳・
その他（　　）

□自分や家族・親族に若い時に(50 歳未満)に「がん」「腫瘍」にかかった人がいる。

□自分や家族・親族に一人で何度も「がん」「腫瘍」になった人がいる。

□遺伝性(家族性)腫瘍の可能性があると言われた。
遺伝性乳がん、リンチ症候群、家族性大腸腺腫症など

□遺伝子検査を勧められたことがある。

□「がん」「腫瘍」の遺伝のことが知りたい。

□その他（　　）

2．今までに指摘されたご病気はありますか？

□高血圧　□高脂血症　□糖尿病
□脳卒中　□腎臓病　□狭心症
□心筋梗塞　□不整脈　□心不全
□喘息　□アトピー　□緑内障
□前立腺肥大　□結核
□その他（　　）

3．現在飲まれている薬はありますか？

□あり　□なし
「あり」の方はお薬の名前をお書きください。

［　　］

4．定期健診は受けられていますか？

□受けている　□受けていない

5．タバコは吸われますか？

□吸う（　　）本／日を（　　）年間
□吸わない
□1 ヶ月以上禁煙している
・いつから禁煙していますか？（　　）歳頃
・禁煙前の喫煙本数
（　　）本／日を（　　）年間

6．お酒は飲まれますか？

□飲む　□飲まない
種類（　　）
一日あたりの量（　　）
頻度：□ほぼ毎日　□週２～３日
□機会飲酒