【紹介元記載用】

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　（管理番号　　　　　　　　　　　）

|  |
| --- |
|  |

遺伝カウンセリングチェックリスト

医療機関名

住所

TEL/FAX

診療科

担当医師名

　　記入日：令和　　　　　年　　　　　月　　　　　日

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| フリガナ |  | 性　別 | 生　年　月　日 |
| 相談者氏名（患者） |  | 男　・女 | 昭和平成令和 | 年　　　　　月　　　　　日（満　　　　　　歳） |
| カウンセリング時同伴者氏名 |  | 相談者との関係（患者） |  |

　　　　１．相談内容の要旨

２．相談者（患者）の病状（受診歴含む）

〇　診断名：

〇　これまでの受診状況及び病状

　　　　【家系内図】

　　　　【特記事項】（特筆すべきことがあれば記載願います）