

遺伝性がんチェック表

体質遺伝子検査を希望される患者様から、家族性腫瘍（遺伝性乳がん卵巣がん症候群およびリンチ症候群）の可能性のある方を見つけ出し、詳しいリスク評価と適切な医療管理をご提供するため、下記のチェック表に記入をお願いしています。

全てのがんのうち 5～10%は遺伝要因が強く影響して発症すると推測されています。ご家系の中で、①がんにかかった人が特に多い、②若くしてがんにかかった人がいる、③何度もがんにかかった人、様々な部位にがんができた人がいる などの場合には、がんにかかりやすい体質が受け継がれている可能性があります。

病歴・家族歴は、ご家系全体の医療管理を行う上で非常に重要な情報となります。

下記チェック表で、**父方あるいは母方どちらか一方の家系のリスクが4点以上の場合、遺伝カウンセリング**による詳しいリスク評価をお勧めしております。

ご本人を含めたご家族（血縁者：ご本人、両親、子ども、祖父母、孫、おじ、おば、甥、姪、いとこ）について、該当者の有無をチェック（）し、必要事項を記載してください。

	項目	該当者 有無	続柄 上段は該当に○	病名	1群	2群
1.	原発性（転移性でない）がんを2個以上発症した人がいる（両側性の原発性乳がんを含む）	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	本人:父方:母方		1	1
2.	乳がんにかかった人がいる（1人につき1点）	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	本人:父方:母方		1 (×n)	
3.	卵巣がんにかかった人がいる（1人につき2点）	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	本人:父方:母方		2 (×n)	
3.	上記のうち、40歳未満で乳がんあるいは卵巣がんを発症した人がいる	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	本人:父方:母方		1	
4.	卵巣がんの中でも、特に卵管がんと言われた人がいる	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	本人:父方:母方		2	
5.	男性の方で乳癌を発症した人がいる	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	本人:父方:母方		3	
6.	乳がん関連因子であるエストロゲン受容体、プロゲステロン受容体、HER2が全て陰性（トリプルネガティブ）の乳がんと言われた人がいる	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	本人:父方:母方		2	
7.	大腸がんあるいは子宮体がん（子宮頸がんではありません）にかかった人がいる（1人につき1点）	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	本人:父方:母方			1 (×n)
8.	上記のうち50歳未満で大腸がんあるいは子宮体がん（子宮頸がんではありません）を発症した人がいる	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	本人:父方:母方			1
9.	胃がんにかかった人がいる（1人につき0.5点）	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	本人:父方:母方			0.5 (×n)
10.	膵臓がんにかかった人がいる（1人につき1点または0.5点）	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	本人:父方:母方		1 (×n)	0.5 (×n)
11.	子宮体がん（子宮頸がんではありません）でも、特に子宮頸部に近い場所のがん（子宮峡部がん）と言われた人がいる	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	本人:父方:母方			1
	合 計					

※1群は遺伝性乳がん卵巣がん、2群はリンチ症候群に特化したリスク評価です

上記より、家族性腫瘍の遺伝カウンセリングを希望されるか否かについて、下記にチェックをお願いします

家族性腫瘍の遺伝カウンセリング（有料）を希望する

家族性腫瘍の遺伝カウンセリング（有料）を希望しない

ご協力ありがとうございました