

問 診 票 (大腸がん(リンチ症候群))

No.

氏名			性別	男・女
生年月日	年	月	日	年齢 歳
連絡先電話番号	(自宅・携帯・その他())			
紹介状	<input type="checkbox"/> あり (当日持参 ・ 郵送)		<input type="checkbox"/> なし	
紹介医	<input type="checkbox"/> あり (病院名:		担当医師名:) <input type="checkbox"/> なし	
家族歴	父母・子ども・兄弟姉妹・祖父母・孫・おじ・おば、おい、めい、いとこの範囲でお答え下さい			
	● 大腸癌・子宮体癌・胃癌・卵巣癌について 1. 家系で上の4つの病気を診断された方: <input type="checkbox"/> いる <input type="checkbox"/> いない <input type="checkbox"/> 分からない ・続柄(): <input type="checkbox"/> 大腸癌 <input type="checkbox"/> 子宮体癌 <input type="checkbox"/> 胃癌 <input type="checkbox"/> 卵巣癌、診断年齢 (歳) ・続柄(): <input type="checkbox"/> 大腸癌 <input type="checkbox"/> 子宮体癌 <input type="checkbox"/> 胃癌 <input type="checkbox"/> 卵巣癌、診断年齢 (歳) ・続柄(): <input type="checkbox"/> 大腸癌 <input type="checkbox"/> 子宮体癌 <input type="checkbox"/> 胃癌 <input type="checkbox"/> 卵巣癌、診断年齢 (歳) ・続柄(): <input type="checkbox"/> 大腸癌 <input type="checkbox"/> 子宮体癌 <input type="checkbox"/> 胃癌 <input type="checkbox"/> 卵巣癌、診断年齢 (歳) ・続柄(): <input type="checkbox"/> 大腸癌 <input type="checkbox"/> 子宮体癌 <input type="checkbox"/> 胃癌 <input type="checkbox"/> 卵巣癌、診断年齢 (歳)			
相談したいこと	● その他がんについて ・続柄(): 病名()、診断年齢 (歳) ・続柄(): 病名()、診断年齢 (歳)			
	(例:子どもが大腸癌になるか心配です。)			
来談者	<input type="checkbox"/> 本人のみ		<input type="checkbox"/> 同伴あり 人(続柄:)	
ホームページは見ましたか?	<input type="checkbox"/> はい		<input type="checkbox"/> いいえ	
備考				

※ 太枠内に、必要事項を記入し、当日持参または相談申込書の郵送先へあらかじめ郵送してください。

※ がある項目は、該当するものにチェックし、()内にその詳細を記入してください。