**遺伝カウンセリング外来問診票**

**お名前：　　　　　　　　　　　　　　性別：　 男 ・ 女**

**ご年齢：　　　歳　生年月日：　　　　年　　　月　　　日**

**紹介状：あり・なし　　同席者：あり・なし**

**同席者の氏名と続柄：**

**住所：(〒　　　　　)**

**電話：**

1. **今回のカウンセリングで知りたい内容をご記入ください。**

|  |
| --- |
|  |

1. **別紙の家系図をできるだけ丁寧にご記入下さい。**

**●受診日の相談やカウンセリング内容の確認等について、**

**月～金曜日　9：00～16：00　の間にご連絡差し上げます。**

**※ご連絡の際は、甲賀病院遺伝カウンセリング外来です。とお伝えさせていただきます。家族の方に知られたくない場合には、個人の携帯電話等を連絡先にご記入ください。**

**●今回、当院を受診するきっかけを教えて下さい。**

* **他医療機関からの紹介　　□　家族・知人の紹介　　□　かかりつけである**
* **ホームページを見た　　□その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　）**

**コミュニティーホスピタル　甲賀病院　　　遺伝カウンセリング外来**

**電話番号：054-628-5500　　FAX:054-628-7279**