

遺伝カウンセリング申込書

私は、下記の「遺伝カウンセリングの申込みをされる方へお願い」に同意しましたので、遺伝カウンセリングの申込みをいたします。

ふりがな 相談者氏名				
生年月日 性別	昭和・平成・令和 年 月 日 (歳)			男 ・ 女
相談者住所				
ご希望連絡先	① () -		② () -	
紹介の有無	有・無	かかりつけ医		
診療科		紹介状をもらう予定の病院		
面談希望日	第1希望		第2希望	

1. これまでに当院を受診したことはありますか？

はい ・ いいえ

2. これまでに遺伝カウンセリングを受診したことはありますか？（他院も含む）

はい ・ いいえ

遺伝カウンセリングの申込みをされる方へのお願い (必ずお読みください)

- ・原則、遺伝カウンセリングは臨床遺伝専門医が担当しますが、必要に応じて他の医師、看護師が同席させていただく場合があります。
- ・この申込書の内容を含め、患者さんのご相談内容やプライバシーについては厳重に守られます。
- ・ご相談日時については、担当医と調整した上でご連絡いたします。
- ・相談日に、同時に検査や視触診以上の診療を行うことはありません。
- ・遺伝カウンセリングの料金は、初回11,000円、2回目以降30分5,500円です。健康保険の適用にはなりませんのでご注意ください。 ※金額は税込金額です。

※裏面も必ずお読みください

