③-２　がんゲノム医療外来　問診票

外来受診時にスムーズに診療を行うため、分かる範囲で以下にご記入ください。
外来当日にご持参いただきますようお願いいたします。

◎患者氏名（　　）　◎年齢（　　歳）　◎性別（ 男・女 ）

◎喫煙歴：あり（喫煙期間：　　年・　一日の本数：　　本/日）

◎飲酒歴：飲む（毎日 500mL缶ビール３本・日本酒3合以上)・少し飲む・飲まない

◎職業（または職歴）：

１．記載いただいた方について
　お名前　　（続柄　　）

２．がんゲノム医療外来について、どこでお知りになりましたか？
　□自分で調べた（インターネット、新聞、テレビ、その他（　　）
　□医師の紹介　（　　病院　　先生）
　□家族のすすめ　（誰の　　）

３. がんゲノム医療について主治医の先生からどのような説明を受けていますか？

４. 患者さんご自身について主治医の先生からどのような説明を受けられていますか？
　１）これまで受けられた治療について

　２）今後の治療方針について

　３）予後について

５. あなたのご家族について
　１）同居のご家族について教えてくだい。

　２）治療や病気のことなどを一番相談をしている方はどなたですか？

６. がんゲノム医療の費用について、あなたやご家族の希望をお聞かせください。
　□保険診療の範囲で希望する
　□保険適用でない場合、自費でも希望する
　□その他（　　）

７. がんゲノム医療についての質問などございましたらご記入ください。