

横浜市遺伝性乳がん卵巣がん症候群（HBOC）に関する

遺伝カウンセリング結果報告

当人は遺伝性乳がん卵巣がん症候群（HBOC）の親族の第1度近親者であることから、遺伝カウンセリングを受診しました。

【受診者】

氏名

【遺伝性乳がん卵巣がん症候群（HBOC）の親族】

氏名を記入し、続柄に○を記入して下さい。

氏名	(続柄)父・母・子ども・きょうだい
----	-------------------

【受診の結果】 下記に○を記入して下さい。

BRCA の遺伝学的検査を受けます。

BRCA の遺伝学的検査は受けないこととします。

【受診した医療機関】

記入日 年 月 日

医療機関名

医師または遺伝カウンセラー

氏名