

遺伝性腫瘍症候群サーベイランス等助成対象者証明書

下記の者は、遺伝性腫瘍症候群のサーベイランス等助成対象者であるため、以下のとおり必要なサーベイランス等について証明します。

年 月 日

医療機関名

医師 氏名

(1) 助成対象者

氏名		生年月日	年 月 日
----	--	------	-------

(2) 必要なサーベイランス及び予防的切除

疾患名（症候群名）	<input type="checkbox"/> 遺伝学的検査の結果「陽性」である 疾患名（症候群名）（ ）
サーベイランス等が必要な部位	<input type="checkbox"/> 乳房 <input type="checkbox"/> 卵管・卵巣 <input type="checkbox"/> 前立腺 <input type="checkbox"/> 子宮 <input type="checkbox"/> 大腸（十二指腸含む） <input type="checkbox"/> 甲状腺 <input type="checkbox"/> 膵臓 <input type="checkbox"/> 肝臓 <input type="checkbox"/> 脳 <input type="checkbox"/> その他（ ）

(3) サーベイランス及び予防的切除の方法（該当する項目へ記入をお願いします）

方法（助成対象者に推奨される検査種類ごとに記入）	検査の間隔・頻度
<input type="checkbox"/> 乳房 MRI（造影あり/造影なし）	<input type="checkbox"/> 年1回 <input type="checkbox"/> その他（ ）
<input type="checkbox"/> マンモグラフィー	<input type="checkbox"/> 年1回 <input type="checkbox"/> その他（ ）
<input type="checkbox"/> 経膈超音波検査	<input type="checkbox"/> 年1回 <input type="checkbox"/> その他（ ）
<input type="checkbox"/> 腫瘍マーカー	<input type="checkbox"/> 年1回 <input type="checkbox"/> その他（ ）
<input type="checkbox"/> 膵臓の MRI（MRCP）	<input type="checkbox"/> 年1回 <input type="checkbox"/> その他（ ）
<input type="checkbox"/> 超音波内視鏡	<input type="checkbox"/> 年1回 <input type="checkbox"/> その他（ ）
<input type="checkbox"/> 腹部超音波	<input type="checkbox"/> 年1回 <input type="checkbox"/> その他（ ）
<input type="checkbox"/> 脳 MRI（造影あり/造影なし）	<input type="checkbox"/> 年1回 <input type="checkbox"/> その他（ ）
<input type="checkbox"/> 全身 MRI（造影あり/造影なし）	<input type="checkbox"/> 年1回 <input type="checkbox"/> その他（ ）
<input type="checkbox"/> 子宮内膜組織診（または細胞診）	<input type="checkbox"/> 年1回 <input type="checkbox"/> その他（ ）
<input type="checkbox"/> 検尿（または尿細胞診）	<input type="checkbox"/> 年1回 <input type="checkbox"/> その他（ ）
<input type="checkbox"/> 皮膚検診	<input type="checkbox"/> 年1回 <input type="checkbox"/> その他（ ）
<input type="checkbox"/> 予防的切除（部位 ）	<input type="checkbox"/> 年1回 <input type="checkbox"/> その他（ ）
<input type="checkbox"/> その他（ ）	<input type="checkbox"/> 年1回 <input type="checkbox"/> その他（ ）
<input type="checkbox"/> その他（ ）	<input type="checkbox"/> 年1回 <input type="checkbox"/> その他（ ）
<input type="checkbox"/> その他（ ）	<input type="checkbox"/> 年1回 <input type="checkbox"/> その他（ ）