**様式2－別添１**

基幹施設が備えるべき要件

1. 遺伝性腫瘍を扱う臨床遺伝部門の設置，臨床遺伝専門医・乳腺専門医・婦人科腫瘍専門医・認定遺伝カウンセラー®の配置・勤務等
2. 臨床遺伝部門の名称 （　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）
3. 臨床遺伝部門の責任者名（所属および職名）　（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 ）
4. 遺伝専門外来の予約方法、受診方法を具体的に記載

（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）

1. 申請時までの過去１年間（20\_\_年＿月～20\_\_年＿月）の遺伝性腫瘍（HBOCを含む）に関する診療実績(自費・保険含む)・・・【更新申請では記載不要】

|  |  |
| --- | --- |
| （過去1年間） | 数 |
| HBOCの遺伝カウンセリング実施患者数 |  |
| HBOCの遺伝学的検査実施患者数 |  |
| BRCA陽性者患者数（病的変異＋病的変異疑い） |  |
| リスク低減乳房切除（RRM）の実施患者数 |  |
| リスク低減卵管卵巣摘出術（RRSO）の実施患者数 |  |
| 乳房サーベイランス |  |
| MMG（自施設/他施設）実施患者数 | / |
| US（自施設/他施設）実施患者数 | / |
| 乳房造影MRI（自施設/他施設）実施患者数 | / |
| 卵巣サーベイランス実施患者数 |  |
| その他の家族性腫瘍診療実績患者数 |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |

1. HBOC総合診療に参画する医療者の連携協力体制 （氏名・専門職名と具体的職務分担）

（ 　　　　）

1. 3領域の専門医が参加するHBOCに関する定期的なカンファレンス（新規は過去1年間，更新は最終認定期間）の記録(出席者《氏名、診療科目、所属》日時、場所を記載した内容を含む会議記録．症例に関しては症例検討した事が分かる必要最低限の情報で良く，個人情報を含む具体的且つ詳細な内容の記載は不要)

（ 　　　　）

1. 遺伝学的検査体制

*BRCA*遺伝学的検査の実施方法・検査会社/内部実施　　（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 　）

1. 総合診療体制（HBOC診療連携協定書を締結している施設）
   1. 連携している連携施設名　（　　　 　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 　）
   2. 連携している協力施設名　（ 　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）

Ⅳ．HBOC症例登録

過去1年間の症例登録の登録家系数及び担当者名・・・【更新申請では記載不要】

( )