様式 2－別添 1

暫定連携施設が備えるべき要件

I.　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

① 遺伝カウンセリング等、遺伝診療のための予約方法、受診方法を具体的に記載

（　　）

② 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	
②	
③	

③　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）

（　　）

④　複数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)

（　　）

II.　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

（　　）

III.　総合診療体制（HBOC 診療連携協定書を締結している施設）

①　連携している基幹施設名

（　　）

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】
(　　)