

様式 2-別添 1

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

電話番号：

HP URL：

()

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
全国登録事業 HBOC 症例登録(過去 1 年間の症例登録の登録家系数) ※協力施設は不要	
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 (総数)	
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	自施設 / 他施設
US (自施設/他施設) 実施患者数	自施設 / 他施設
乳房造影 MRI (自施設/他施設) 実施患者数	自施設 / 他施設
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)

※実施医師・協力者リストに記載のない医療者名とその役割を記載ください。

例えば、消化器内科医(膵臓)・泌尿器科医・看護師・薬剤師

()

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)

※自施設での書式がない場合はホームページ記載例：議事録参照例をご活用ください。

()

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

(遺伝学的検査契約をしている検査に☑を入れ、会社名を記載してください。)

※⑩で提出する遺伝学的検査外注検査契約書と一致していることが必須です。

※複数回答可

- 保険診療にて実施している検査

BRCA Analysis (SRL)

- 自費診療にて実施している検査

シングサイト検査 (契約検査会社:)

BRCA1/2 シークエンス/重複・欠失解析 (契約検査会社:)

多遺伝子パネル検査 (契約検査会社:)

内部で実施

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

※提出する連携協定書と一致していることが必須です。

()

② 連携している協力施設名

※提出する連携協定書と一致していることが必須です。

()