

様式 2-別添 1

基幹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 臨床遺伝部門の名称

()

② 臨床遺伝部門の責任者名（所属および職名）

()

③ 遺伝専門外来の予約方法、受診方法を具体的に記載

()

④ 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）臨床遺伝に関する診療実績

（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	

⑤ 上記の専門外来に関する医療者の協力体制（氏名・専門職名と具体的職務）

()

⑥ 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の詳細（過去 1 年間の開催日・内容を含む）

()

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

()

III. 総合診療体制

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 コンソーシアム症例登録

過去1年間の症例登録の登録家数及び担当者名

()