**様式2-別添１**連携施設が備えるべき要件

1. 遺伝性腫瘍の診療実施状況と臨床遺伝専門医・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. 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

（ ）

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）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. 上記の専門外来に関与する医療者の協力体制 （氏名・専門職名と具体的職務）

（ ）

1. 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の詳細（過去1年間の開催日・内容を含む）

（ ）

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　　（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）

1. 総合診療体制
	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．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　　（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）