

- ①患者さんの症状において、以下のものがありますか、複数ありますか？
-気胸歴、皮膚腫瘍、腎腫瘍、大腸ポリープ、その他（唾液腺腫瘍、子宮筋腫など）
- ②患者さんのご両親、ごきょうだい、ご子孫に以下の症状がありますか？
-気胸歴、皮膚腫瘍、腎腫瘍、大腸ポリープ、その他（唾液腺腫瘍、子宮筋腫など）
- ③患者さんは喫煙者ですか？
- ④患者さんに以下の疾患がありますか？
-子宮内膜症、COPD、結節性硬化症などの家族性疾患、
- ⑤手術をされた場合（気胸や腎臓腫瘍、皮膚腫瘍などの）
-病理標本と肉眼画像をお持ちですか（あるいは取り寄せ可能ですか）？