

大崎市民病院FAX予約申込書 兼 診療情報提供書

がんゲノム外来専用

FAX番号0229-24-3005

予約センター 直通TEL0229-23-9986

予約受付時間：平日 午前8:30～午後5:00（土・日・祝日・年末年始を除く）

基本事項：①保険診療でのがん遺伝子パネル検査（固形がんのみ）をお受けしております。

②がん遺伝子パネル検査後の治療選択や治療は最終的に各ご施設の主治医の先生のご判断になります。治療を含めての紹介をご希望される場合は原疾患科へご紹介ください。

③原則としてご家族・キーパーソンの同席をお願いします。

④組織検体スライドが各検査の基準を満たさない場合、検査に出せない、もしくは解析不良となることがあります。

予約申込 (A) 欄

受診希望日 ※当日不可	第1希望： 月 日 :	貴院の名称 所在地 TEL FAX 医師名 科 ④
	第2希望： 月 日 :	
<input type="checkbox"/> いつでも可		
紹介診療科	がんゲノム外来（固形がん）	
医師名	ご担当先生	
患者氏名	(ふりがな)	市民病院 受診歴（分院・診療所を含む）
	様 (旧姓) ()	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> 不詳 (市民病院ID)
性別	男 ・ 女 年 齢 才	電 話 自宅 携帯
生年月日	(M・T・S・H・R) 年 月 日	
住 所	〒	
紹介目的	1. がん遺伝子パネル検査（組織）【FoundationOne・GenMineTOP・NCCOP・指定なし】	
	2. がん遺伝子パネル検査（血液）【FoundationOneLiquid・Guardant360・指定なし】	
	※提出を希望する【】内の検査に○を記入してください。組織は指定なしの場合、FoundationOneに準じて標本作製してください。 ※組織での検査をご指定の場合は、別紙参照の上、検体スライドを作成し受診当日に患者さんがご持参ください。	
臨床診断名		
病理診断名		
チェック項目	必須 <input type="checkbox"/> 2～3か月後に化学療法が受けられる全身状態である（PS：0-1程度）	
	いずれか必須	<input type="checkbox"/> 標準治療がない患者さん（希少がん、原発不明がん）
		<input type="checkbox"/> 局所進行または転移が認められ標準治療が終了となった固形がんの患者さん（終了が認められる方を含む）
組織検体のみ必須	<input type="checkbox"/> 腫瘍含有割合が20%以上（採取日： 年 月 日）【手術・生検・その他（ ）】	

診療情報提供 (B) 欄 ※貴院の診療情報提供書（紹介状）の書式で作成し添付する場合省略可

※ ①既往歴及び家族歴 ②症状経過 ③検査結果 ④治療経過 ⑤現在の処方

・この用紙を（B）欄まで記載した場合は、診療情報提供書（紹介状）として扱えます。

・診療情報提供書（紹介状）の原本は患者に交付し予約日に持参するようお願い計らいください。