

がんゲノム医療外来 予約申込書 (FAX 用)

FAX 番号 : 0422-34-6550

① ご紹介にあたり、がん遺伝子パネル検査の適応か、以下の項目に☑して下さい。

	回答		備考
年齢 18 歳以上	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ	
本人が受診可能	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ	可能な限りご家族も一緒に受診して下さい。
現在の PS	<input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2以上	当院では PS 0~1 の方が対象と考えています。
予後(※1)	<input type="checkbox"/> 3ヶ月以上	<input type="checkbox"/> 3ヶ月未満	予後が3ヶ月以上見込まれる方が対象です。

※1 がん遺伝子パネル検査の結果がでるまで約2ヶ月かかるため、①外来で検査結果をお伝えでき、
②その後に化学療法を受けられる全身状態である、と見込まれることが検査の適応要件です。

② 受診に関する必要情報をご記載ください。

紹介元 情報	ご施設名	
	ご担当医	科 先生
患者 情報	患者氏名	
	診断名	
	原発臓器	<input type="checkbox"/> 脳 <input type="checkbox"/> 頭頸部 <input type="checkbox"/> 肺 <input type="checkbox"/> 乳房 <input type="checkbox"/> 食道 <input type="checkbox"/> 胃・十二指腸 <input type="checkbox"/> 肝臓 <input type="checkbox"/> 胆管・胆嚢 <input type="checkbox"/> 膵臓 <input type="checkbox"/> 大腸 <input type="checkbox"/> 子宮 <input type="checkbox"/> 卵巣 <input type="checkbox"/> 膀胱・尿管 <input type="checkbox"/> 腎臓 <input type="checkbox"/> 前立腺 <input type="checkbox"/> 皮膚 <input type="checkbox"/> 骨・軟部組織 <input type="checkbox"/> 原発不明 <input type="checkbox"/> その他()
組織 検体	<input type="checkbox"/> あり	受診の際に、組織検体のご提供が必要です (※2)
	<input type="checkbox"/> なし	組織検体がない医学的理由をご記入ください (理由:)

※2 当院受診時にご提供いただく組織検体が、がん遺伝子パネル検査に適しているか、あらかじめ、
当院ホームページ内の「病理組織検体の品質に関して」と「病理組織標本作製のご案内」をご確認ください。

③ 「本用紙」と「診療予約 FAX 申込書」の2種類を FAX してください。

後日、受診日・担当診療科・担当医師をご連絡申し上げます。受診日までに、必要な書類や
検体を当院ホームページで確認のうえご準備いただき、患者さんにお渡しください。最終的な
検査施行の可否については、受診後に担当医が判断し、後日、文書にてお知らせいたします。