

＜がんゲノム医療外来予約申込書＞

FAX 予約時用（本用紙と当院診療予約 FAX 申込書の 2 種類の FAX が必要です）

がんゲノム医療外来を予約する際は、下記欄を記入（□には✓を）して、当院通常の予約 FAX 申込書と一緒に FAX をして下さい。受診科、担当医師は決まり次第、こちらからご連絡申し上げます。

貴医療機関名	診療科	担当医師名
紹介患者氏名		
紹介目的	がんゲノム医療の依頼	
診断名		
原発臓器		
<input type="checkbox"/> 脳	<input type="checkbox"/> 頭頸部	<input type="checkbox"/> 肺
<input type="checkbox"/> 十二指腸	<input type="checkbox"/> 肝臓	<input type="checkbox"/> 胆管・胆嚢
<input type="checkbox"/> 卵巣	<input type="checkbox"/> 膀胱・尿管	<input type="checkbox"/> 腎臓
<input type="checkbox"/> 原発不明	<input type="checkbox"/> その他	
<input type="checkbox"/> 乳房	<input type="checkbox"/> 膵臓	<input type="checkbox"/> 食道
<input type="checkbox"/> 大腸	<input type="checkbox"/> 前立腺	<input type="checkbox"/> 胃
<input type="checkbox"/> 子宮	<input type="checkbox"/> 皮膚	<input type="checkbox"/> 骨・軟部組織
がん遺伝子パネル検査に提出可能な病理組織検体		
※細胞診では検査はできません。病理組織検体に関する詳細は当院ホームページでご確認下さい。		
<input type="checkbox"/> 手術検体	<input type="checkbox"/> 生検検体	<input type="checkbox"/> いずれも可
<input type="checkbox"/> いずれも不可		
現在の治療状況		
<input type="checkbox"/> 標準治療中	<input type="checkbox"/> 標準治療終了後	<input type="checkbox"/> 標準治療は行っていない
PS		
<input type="checkbox"/> 0または1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3
<input type="checkbox"/> 4		
見込まれる予後(原則、予後が3か月以上見込まれる方が対象になります)		
<input type="checkbox"/> 3か月未満	<input type="checkbox"/> 3か月以上	

以下の点にご注意ください。

※1. ご紹介にあたり、以下の紹介要件を満たしていることをご確認ください。

- 年齢が18歳以上
- がんに罹患している（血液のがんは除く）
- 本人が受診可能である（可能な限りご家族も一緒に受診して下さい）
- 自費でパネル検査を受ける場合、初診時の受診料と検査説明費用に20,000円（税抜き）かかることを本人が了承している

※2. 受診日までに、パネル検査にあたり必要な事項を「病理組織検体の品質評価シート」に記入して頂き、紹介状とともに患者さんにお渡しください。また、当院での品質評価に使用する「HE染色標本1枚」もご用意頂き、患者さんに持参させて下さい。

「病理組織検体の品質評価シート」は当院ホームページからダウンロードしてご準備ください。

※3. 当院に送って頂く病理組織検体に関する注意点は、当院ホームページ内の「病理組織検体の品質に関して」の項目をご参照ください。

当院ホームページアドレス https://www.musashino.jrc.or.jp/consult/center/ca_genome.html