

＜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 \blacktriangleright)して、当院通常の診療予約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"/> 食道	<input type="checkbox"/> 胃
<input type="checkbox"/> 膵臓	<input type="checkbox"/> 大腸	<input type="checkbox"/> 子宮
<input type="checkbox"/> 前立腺	<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"/> 生体検体	<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22,000円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書類や標本(検体)を「病理組織標本作製のご案内」に従いご準備いただき、紹介状や検査資料とともに患者さんにお渡し下さい。

※3. 当院に持参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」の項目をご参照下さい。
 当院ホームページアドレス https://www.musashino.irc.or.jp/consult/center/ca_genome.html