

FAX送信先：がんゲノム医療部
0285-36-0096

自治医科大学附属病院 遺伝子パネル検査申込書(受診申し込み)

該当箇所にチェック☑および必要事項の記入をお願いいたします。返信はFAXにて送付いたします。

受診者情報

(ふりがな) 患者氏名		(男・女)	生年月日 (西暦)	年	月	日	年齢	歳
居住地	都道府県		区市郡					
電話番号	①		②					
勤務先	名称		電話番号					
当院 受診歴	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり		→診察券の番号()					
病名								
再発単			転移単					
治療状況	<input type="checkbox"/> 治療中 (<input type="checkbox"/> ファーストライン <input type="checkbox"/> セカンドライン <input type="checkbox"/> サードライン) <input type="checkbox"/> その他 :							
	<input type="checkbox"/> 経過観察中 (<input type="checkbox"/> ファーストライン終了 <input type="checkbox"/> セカンドライン終了 <input type="checkbox"/> サードライン終了) <input type="checkbox"/> その他 :							
検査可能な 受診者の状態 ※	<input type="checkbox"/> PSが0-1である。 <input type="checkbox"/> 1か月につき1-2回程度の当院への通院が可能である。 <input type="checkbox"/> 生命予後が3か月以上見込める。 どちらかに チェック <input type="checkbox"/> 既存の組織検体がある。 <input type="checkbox"/> 組織検体が採取不可、量不足、品質不良であることから、 全血を検体とするFoundationOne® Liquid CDxもしくはGuardant360®CDx検査を希望する。 <input type="checkbox"/> 現在外来通院中である。							

※がんゲノム検査(遺伝子パネル検査)は、検査結果が出るまでに6週間から8週間かかり、それ以降で該当症例はがん薬物療法開始となります。
がんゲノム検査(遺伝子パネル検査)を実施する上で、受診者が必要な状態を満たしていることをご確認ください。

予約希望情報

受診をご希望されている月で、**ご都合の悪い日または曜日**がございましたら、ご記入ください。

日		曜日	<input type="checkbox"/> 月	<input type="checkbox"/> 火	<input type="checkbox"/> 水	<input type="checkbox"/> 木	<input type="checkbox"/> 金
---	--	----	----------------------------	----------------------------	----------------------------	----------------------------	----------------------------

紹介元情報

(送信元) 医療機関名							
医療連携ご担当者 連絡先	担当者名		直通TEL				
回答先FAX							
ご担当医	医師名		診療科				
その他質問事項等							

回答事項 (FAXで返送する際に当院で記載します。ここから下は何も記載しないでください。)

診療科		担当医名	
予約日	月 日 ()		:
ID			
その他回答事項等			

自治医科大学附属病院 がんゲノム医療部
(代表電話 0285-44-2111)