

受診予約申込書

FAX : 0479-62-3782

患者情報

| | | | |
|-----------------------------------|--|----|---|
| ふりがな | | | |
| 患者氏名 | | | |
| 生年月日 | 西暦 年 月 日 | 性別 | <input type="checkbox"/> 男性 <input type="checkbox"/> 女性 |
| 住所 | 〒 | | |
| 連絡がとりやすい順番に記載してください（必ず2つ記載してください） | | | |
| 電話番号 1 | | 関係 | |
| 電話番号 2 | | 関係 | |
| 当院受診歴 | <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 不明 <input type="checkbox"/> あり (ID : _____) | | |

貴院情報

| | | | |
|---------------|--|-----|--|
| 医療機関名 | | | |
| ふりがな | | | |
| 医師氏名 | | | |
| 診療科名 | | | |
| 担当事務 | | 部署名 | |
| エキスパートパネル出席希望 | <input type="checkbox"/> 希望する <input type="checkbox"/> 希望しない | | |
| メールアドレス | ※エキスパートパネル出席を希望する場合、メールアドレスを記入してください | | |
| 所在地 | 〒 | | |
| 電話番号 | | FAX | |

基本情報（適応確認のため使用致します）

| | |
|---|---|
| 主傷病名 | |
| ステージ | |
| 紹介目的 | <input type="checkbox"/> 腫瘍組織パネル検査：Foundation One®CDx <input type="checkbox"/> 血液パネル検査：Foundation One Liquid®CDx |
| 現在、抗がん剤治療中ですか | <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい（次クール投与日 月 日） |
| 現在、放射線照射中ですか | <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい（照射終了日 月 日） |
| 予約希望情報 | <p>*予約日時に関してはご希望に添えない場合がございますので、予めご了承ください</p> 予約日 <input type="checkbox"/> いつでも良い <input type="checkbox"/> 希望あり（希望日： ） 受診できない日： |
| <p>●下記の条件にすべて該当する方が対象です</p> <input type="checkbox"/> 悪性固形腫瘍の診断がされていること <input type="checkbox"/> 切除不能または再発の病変を有する下記のいずれかである（どちらかにチェック） <input type="checkbox"/> 標準治療がない、標準治療が終了している、もしくは終了見込み（原発不明がん除く） <input type="checkbox"/> 原発不明がん <input type="checkbox"/> ECOG Performance Status 0～1 である <input type="checkbox"/> 予後が5か月以上見込まれる <input type="checkbox"/> がん遺伝子パネル検査の費用について承諾している <input type="checkbox"/> 受診当日は入院中でない <input type="checkbox"/> 受診時には、本人が同意した家族の同伴ができる <input type="checkbox"/> 今回の紹介は、検査依頼であり、転医ではないことを了承している <input type="checkbox"/> 検査実施にあたり、がんゲノム情報管理センター（C-CAT）への情報登録に同意できる <input type="checkbox"/> 担当医は検査後のC-CAT追跡調査を提出することに協力できる | |
| <p>●腫瘍組織にてパネル検査をご希望の場合、下記の条件にすべて該当する方が対象です</p> <input type="checkbox"/> DNA抽出用の病理検体を用意できる 初診受診時に組織診断したプレパラート一式を持たせて下さい | |
| <p>●血液にてパネル検査をご希望の場合、下記の条件にすべて該当する方が対象です</p> <input type="checkbox"/> 腫瘍組織にてパネル出検できない理由が以下に該当している（いずれかにチェック） <input type="checkbox"/> 組織を用いたパネル検査を行うための病理保存検体がなく、かつ、現在、腫瘍生検も不可能である <input type="checkbox"/> 病理保存検体が古く組織を用いたパネル検査に不適切であり、かつ、現在も、腫瘍生検も不可能である <input type="checkbox"/> 病理保存検体が現時点で遺伝子異常を反映していないと判断され、かつ、現在も、腫瘍生検も不可能である <input type="checkbox"/> 血液検体の採取が可能である <input type="checkbox"/> 再発病変の広がりがあり、十分量のctDNAの確保が可能と予想される | |

遺伝子診療科の外来は、月曜日・水曜日の午後 完全予約制となります

都合が悪いお日にちや曜日などがありましたら、予めご連絡ください

また、予約希望日をご指定いただいても、ご希望に添えない場合がありますのでご了承ください

★注意事項

- ・ 受診予約申込書と合わせて診療情報提供書、適格基準チェックシートを FAX でお送りください
- ・ FAX を送信したら、必ずその旨を遺伝子診療科宛にご連絡ください
- ・ 診療当日は、以下のものが必要となりますのでご準備をお願いします

なお、◎のものは同封せず、患者さんにお渡しください

- 診療情報提供書（FAX いただいた原本）
- 適格基準チェックシート（FAX いただいた原本）
- 患者情報入力シート（がん種別ごとになってますので作成時にご留意ください）
- C-CAT 登録事前確認書
- 病理組織報告書（過去の報告書をすべて添付してください）
- 病理組織検体（病理組織診断したプレパラート一式）

Foundation One Liquid® CDx 検査を依頼される場合は御不用です

- 画像データ（CD-R）と過去の画像診断のレポートすべて
- 過去の採血や遺伝学的検査の結果

◎ 問診表

◎ 外来受診予約票

★その他の事項

- ・ 患者さんからの予約変更またはキャンセルは、遺伝子診療科にてお受けいたします

ご不明な点がございましたらお気軽にお問い合わせください

国保旭中央病院

遺伝子診療科

電話番号 0479-63-8111

FAX 0479-62-3782