

FAX送信先:がんゲノム診療相談センター
045-520-2215 (24時間受信可)

神奈川県立がんセンター 遺伝子パネル検査予約申込書
(がんゲノム診療科受診申し込み)

当院以外でがん治療をうけている方ががんゲノムプロファイリング検査(遺伝子パネル検査)のための受診はがんゲノム診療科でご予約をお取りします。必要事項をご記入のうえ、医療機関よりFAXにてお申し込みください。受付後、外来日のご案内と共に「病理組織検体情報提供書」「化学療法情報提供書」を返信させていただきます。病理検体につきましては、病理組織検体情報提供書(コピー)および化学療法情報提供書(コピー)と共に受診当日にご持参いただければ速やかに検査の手続きに入らせていただきます。ただし、検査の適否については実際に診察をさせていただき、当方で判断いたします。検体をご持参いただいてもご期待に沿えない場合もありますことを、ご了承ください。尚、がんゲノム診療科は遺伝子パネル検査実施に関する診療のみ受け付けております。

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。

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 | | | | |
| 当センター 受診歴 | <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり → 診察券の番号() | | | | |
| 病名 | | | | | |
| 再発巣 | | | 転移巣 | | |
| 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。 <input type="checkbox"/> パネル検査実施2か月後に外来通院が可能、かつ、化学療法の実施が可能であると見込める。 <input type="checkbox"/> 既存の組織検体がある。若しくは、検体を採取することが可能と判断できる。 <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確認いただいた上でお申し込みください。

予約希望情報

| | |
|------|--|
| 予約希望 | 曜日 <input type="checkbox"/> 火曜日 <input type="checkbox"/> 木曜日 時間帯 <input type="checkbox"/> 10~11時 <input type="checkbox"/> 11~12時 <input type="checkbox"/> 12~13時 <input type="checkbox"/> 14~15時 <input type="checkbox"/> 15~16時 ※上記以外の曜日、時間でのご案内する場合がありますので、ご了承ください。 |
|------|--|

紹介元情報・予約日時の連絡方法

| | | |
|--------------|-----------------------------------|-------|
| (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 |
| 貴院への連絡方法 | 予約日確定後、2営業日以内にFAXより外来日をお知らせいたします。 | |

※個人情報を送信できない場合は、可能な部分を記載し、送信後に下記へご連絡ください。また、予約に関するお問い合わせも下記へお願いいたします。

神奈川県立がんセンター がんゲノム診療相談センター
TEL:045-520-2211(土日祝日、年末年始を除く 9:00~16:00)