

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)

自費診療

神奈川県立がんセンター がん遺伝子パネル検査(自費)予約申込書

TSO500 Guardant360_83 (いずれかにチェックをお願いいたします)

(がんゲノム診療科受診申し込み)

保険適用外がん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にてお申し込み下さい。受付後、外来日のご案内と共に「病理組織検体情報提供書 (Guardant360_83希望の場合は不要)」「化学療法情報提供書」を返信させていただきます。情報提供書類はHPからダウンロードして頂くことも出来ます。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下さい。ただし、検体の状況により検査が難しくなる場合もありますことを、ご了承下さい。尚、がんゲノム診療科はがん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	<input type="checkbox"/> 再発なし <input type="checkbox"/> 再発あり	転移巣	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり(部位:)		
治療状況	<input type="checkbox"/> 治療前				
	<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:)				

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 <input type="checkbox"/> 10:00~ <input type="checkbox"/> 11:00~ <input type="checkbox"/> 13:00~ <input type="checkbox"/> 14:00~ <input type="checkbox"/> 15:00~ ※上記以外の曜日、時間のご案内する場合がありますので、ご了承下さい。
------	---

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下さい。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 9:00~16:00 (土日祝日、年末年始を除く)