

FAX送信票／東北大学病院

がんゲノム検査 予約申込書

送信日 年 月 日

【送信先】東北大学病院

地域医療連携センター(がんゲノム検査予約担当)

〒980-8574 仙台市青葉区星陵町1番1号

TEL:022(717)8885(直通)

FAX:022(717)8663(直通)

【送信元】

医療機関

名 :

所在地 :

電話番号 :

FAX番号 :

医師氏名 :

(連絡担当者: )

【患者情報】 ※ 太枠内必須項目、全てご記入をお願いいたします。

|                                                                |                                              |         |                     |       |                   |
|----------------------------------------------------------------|----------------------------------------------|---------|---------------------|-------|-------------------|
| フリガナ                                                           |                                              | 性別      | 生年                  | 大正・昭和 | ※お間違のないようご記入ください。 |
| 氏名<br>(旧姓: )                                                   | 様                                            | 男・女     | 年月日                 | 平成・令和 | 年 月 日 歳           |
| 住所                                                             | 〒 ー 国 籍 日本 ・ 日本以外( )                         |         |                     |       |                   |
| 電話                                                             | ( )                                          | 東北大学受診歴 | 無 ・ 有 ( 科)          |       |                   |
| 携帯番号                                                           | ( )                                          | 来院時の状態  | 歩行可 ・ 車イス ・ ストレッチャー |       |                   |
| 傷病名(主訴)<br>紹介目的                                                | ※該当する方に✓を付けてください( 保険診療 口組織検体 口血液検体 / 口自由診療 ) |         |                     |       |                   |
| ※セカンドオピニオン外来(治療ではなく、相談のみ。全額自費)をご希望の場合は、この申込書で予約はお取り出来ません。      |                                              |         |                     |       |                   |
| Q. 当院受診時に入院中ですか はい ・ いいえ 「はい」の場合 → 入院料等の算定情報を記載した連絡文書をご持参ください。 |                                              |         |                     |       |                   |

※対象疾患名に○をつけてください。

| コード<br>No | 対象疾患名                                                         | 科名           | 診療予約<br>受付日 |
|-----------|---------------------------------------------------------------|--------------|-------------|
| 032       | 肝臓癌                                                           | 消化器内科        | 火・金         |
| 061       | 肺癌 / 胸膜中皮腫 / 胸腺腫 / 胸腺癌                                        | 呼吸器内科        | 月・水         |
| 062       | 食道癌 / 胃癌 / 大腸癌 / 膵癌 / 胆道癌 / 肉腫 / 頭頸部癌 / 甲状腺癌 / 原発不明癌 / その他( ) | 腫瘍内科         | 月・火・木・金     |
| 101       | 乳癌                                                            | 総合外科<br>(乳腺) | 月・水         |
| 211       | 卵巣癌 / 子宮頸癌 / 子宮体癌 / 女性生殖器系全般                                  | 婦人科          | 火           |
| 221       | 前立腺癌 / 腎癌 / 膀胱・尿管癌 / 男性生殖器系全般                                 | 泌尿器科         | 木           |
| 321       | 脳腫瘍全般                                                         | 脳神経外科        | 火           |
| 411       | 小児腫瘍全般                                                        | 小児科          | 金           |
| 511       | 悪性黒色腫 / 皮膚癌全般                                                 | 皮膚科          | 火           |

・記載されている対象疾患以外の申込みについては、腫瘍内科に○を付けてください。

・日程調整にお時間をいただく場合がございますので、予約票送付には数日かかることがあります。ご了承ください。

【予約申込時】 申込書に以下の書類を添付してFAXしてください

①診療情報提供書・②がん遺伝子パネル検査診療情報提供書・③病理組織診断書

☆なお、以下の受診当時の必要物をご準備していただいた上でお申込みください☆

【受診当日】 下記を持参してください ※1

①診療情報提供書(原本) ②がん遺伝子パネル検査診療情報提供書(原本)

③CT画像、採血データ(直近のものをお願いいたします) ※2

④病理レポート ※診断時の病理レポート、持参した検体の病理レポート

⑤組織検体(腫瘍含有率が20%以上のもの) ※検体の腫瘍含有率は診療情報提供書に必ずご記入ください

⑥過去の遺伝子検査の報告書

※1 自由診療の場合は、①～④を持参してください。

※2 CD-R(③CT画像)については、受診日の3～4日前までにご郵送ください。

ただし、予約日が1週間以内の場合は当日ご持参願います。

【受診希望日】 口希望日なし(いつでも可 ※最短の日時ご予約)

|      |                  |      |                  |      |                  |
|------|------------------|------|------------------|------|------------------|
| 第1希望 | 月 日 ( )<br>( : ) | 第2希望 | 月 日 ( )<br>( : ) | 第3希望 | 月 日 ( )<br>( : ) |
|------|------------------|------|------------------|------|------------------|