紹介様式1

ＦＡＸ送信先：地域医療連携室 048-643-8113

# 自治医科大学附属さいたま医療センター 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 | □なし □あり | | →診察券の番号( | | | | ） |
| 病名 |  | | | | | | |
| 再発巣 |  | 転移巣 | | |  | | |
| 治療状況 | □治療中 （□ファーストライン  □その他： | | □ セカンドライン □サードライン  ） | | | |  |
| □経過観察中（□ファーストライン終了  □その他： | | □ セカンドライン終了 □サードライン終了  ） | | | |  |
| 検査可能な 受診者の状態  ※ | □ＰＳが０－１である。  □１か月につき1－2回程度の当院への通院が可能である。  □生命予後が３か月以上見込める。  □既存の組織検体がある。→ さいたま医療センターへプレパラート一式と病理診断書と  どちらかに 切出図を送付してください。がんゲノム標本チェックを行  チェック います。（病理標本番号 ）  □組織検体がない、または不適正のため、  全血を検体とするFoundationOne® Liquid CDx 検査を希望する。  □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 | □月 | □火 | □水 | □木 | □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 | | | |
| ご都合が悪い場合は連携室を通して当院の地域医療連携室にご連絡ください。 | | | |

自治医科大学附属さいたま医療センター がんゲノム医療室（代表：048-647-2111 内線5811）