

がん遺伝子パネル検査・患者紹介用紙

紹介日 年 月 日

患者氏名		性別	(男 女)	生年月日 (年齢)	年 月 日 (歳)
フリガナ		貴院ID		PS	(0 1 2 3 4)
住所	〒			電話番号	

がん種		推定生命予後	(~3M ~6M ~12M >12M 不明)
手術歴			
転移部位 (全て記載)			
現在の治療 (化学療法の場合は現在の治療レジメン、ライン数)	例) 化学療法、Tas-102+Bmab, 3rd line		

病理検体の有無	(有 無)	病理検体の種類	(手術 生検 セルブロック)	検体採取日	年 月 日
---------	---------	---------	----------------	-------	-------

紹介元医療機関・診療科 病院 科

紹介医氏名

連絡先Tel

医師E-mail

薬剤師氏名

薬剤師E-mail

患者氏名	
フリガナ	
生年月日（年齢）	（西暦） 年 月 日 （ 歳）

Page1, 2 を記載して、FAXしてください。

FAX：0296-78-3589（茨城県立中央病院・地域連携室）

個人情報保護のためPage1, 2を別々にFAXしてください。

折り返し、がんゲノム医療センター担当者から、電話またはメールでご連絡を差し上げます。

紹介元医療機関名	
紹介医氏名	