

茨城県立中央病院 がんゲノム外来受診申込書

【FAX】0296-78-3589 (地域医療連携室宛)

紹介日 年 月 日

患者情報			
患者氏名	2枚目にご記入ください	性別	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女
生年月日	2枚目にご記入ください		
住所			
電話番号			
貴院 ID	茨城県立中央病院受診歴	<input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 不明

貴院情報			
紹介元医療機関			
電話番号		FAX	
紹介医師	診療科		
	氏名		
	E-mail		
薬剤師	氏名		
	E-mail		
事務担当者等	部署名	地域連携 · ()	
	氏名		

ご案内のメールをお送りしますので、連絡可能なメールアドレスをご記入ください。

1枚目、2枚目にご記載ください。

個人情報保護のため、1枚目と2枚目を別々にFAXしてください。

折り返し、担当者からメール・FAXでご連絡を差し上げます。

茨城県立中央病院・茨城県地域がんセンター 地域医療連携室

TEL. 0296-77-1121 (代表) FAX. 0296-78-3589 (地域医療連携室)

【受付時間】9時～16時（土曜日・日曜日・祝日・年末年始を除く）

予約受付時間外のお申込につきましては、翌診療日の受付となりますのでご了承ください。

【FAX】0296-78-3589 (茨城県立中央病院地域医療連携室 宛)

患者氏名			
フリガナ			
生年月日	(西暦)	年	月
			日

紹介元医療機関			
紹介医師			

● 3枚目の確認事項について	<input type="checkbox"/> 確認しました
----------------	---------------------------------

●連絡事項があればご記入ください。(ご都合の悪い日等)

※検体や検査のタイミング等ご不明な点がございましたら、ご相談ください。

1枚目、2枚目にご記載ください。

個人情報保護のため、1枚目と2枚目を別々にFAXしてください。

折り返し、担当者からメール・FAXでご連絡を差し上げます。

茨城県立中央病院・茨城県地域がんセンター 地域医療連携室

TEL. 0296-77-1121 (代表) FAX. 0296-78-3589 (地域医療連携室)

【受付時間】9時～16時(土曜日・日曜日・祝日・年末年始を除く)

予約受付時間外のお申込につきましては、翌診療日の受付となりますのでご了承ください。

確認事項

チェックがすべて入る方が検査の対象です。

<input type="checkbox"/>	<p>パフォーマンスステータス（PS）が0～1である</p> <p>PS 0 まったく問題なく活動できる。発症前と同じ日常生活が制限なく行える。</p> <p>PS 1 肉体的に激しい活動は制限されるが、歩行可能で、軽作業や座っての作業は行うことができる。例：軽い家事、事務作業</p> <p>PS 2 歩行可能で、自分の身のまわりのことはすべて可能だが、作業はできない。 日中の50%以上はベッド外で過ごす。</p>
<input type="checkbox"/>	保険診療で認められた標準治療を現在行っており、次の標準治療(概ね2次治療以降)が最後になりそうな状況。もしくは標準治療が終了された方、または標準治療がない固形がん(希少がんなど)の方。
<input type="checkbox"/>	検査から4か月後にまだ、抗がん剤治療が実施できそうな体調の方。
<input type="checkbox"/>	遺伝カウンセリングが必要になる場合があることを、主治医から簡易に説明済みである方。

※入院中はがん遺伝子パネル検査は行えません。

ご本人自身が必ず「がんゲノム外来」を受診する必要があります。

【ご案内】

※ がん遺伝子パネル検査をご依頼いただくタイミングについて

- | | |
|----------------|---------------------------------|
| 標準治療が1つしかないがん種 | 治療を始めたらすぐにご依頼ください。 |
| 標準治療が2つ程度のがん種 | 2つ目の治療を開始後すぐに検査できるように早めにご依頼ください |
| 標準治療が5つ程度あるがん種 | 3つ目の治療を開始したあたりでご依頼ください。 |

※ ご注意ください。

- ・ 術前、術後補助化学療法中は、ご紹介いただいても保険適応がありませんので検査できません。
- ・ 検体や検査のタイミング等ご不明な点がございましたら、お気軽にご相談ください。

※ 現在当院では、自費診療でのがん遺伝子パネル検査は行っておりません。

1枚目、2枚目にご記載ください。

個人情報保護のため、1枚目と2枚目を別々にFAXしてください。

折り返し、担当者からメール・FAXでご連絡を差し上げます。

茨城県立中央病院・茨城県地域がんセンター 地域医療連携室

TEL. 0296-77-1121 (代表) FAX. 0296-78-3589 (地域医療連携室)

【受付時間】9時～16時 (土曜日・日曜日・祝日・年末年始を除く)

予約受付時間外のお申込につきましては、翌診療日の受付となりますのでご了承ください。