王子総合病院　がんゲノム外来　行

規定書式1

|  |  |
| --- | --- |
| 王子総合病院使用欄 | 予約番号 |
| ID番号 |

（FAX番号 0144－33－3811）

王子総合病院がんゲノム外来申込書

※　下記の太枠の中をご記入の上、左上の番号あてに送信ください。ＦＡＸで回答いたします。

相談内容が本外来の適応か否か判断をさせていただくため、予約担当者から貴医療機関の担当医に相談内容　の確認をさせていただく場合があります。エキスパートパネルの日程等のご連絡をメールでさせていただき

ます。連絡可能な**メールアドレス**を記載してください。

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 申込日 年 月 日 | | | |  | | | | | | | | | | |
| 貴 医 療 機 関 | 医療機関名  住所 | |  | | | 電話番号 | | | | | | | | |  |
| ＦＡＸ番号 | | | | | | | | |  |
|  | | | | | | | | | | | |
| 診療科・医師氏名 | | 連絡可能なメールアドレス\* | | | | | | | | | | | |
| 紹介事務担当者等 | | ※担当者様の部署・氏名をご記入願います。 | | | | | | | | | | | |
| 来院される方 | ふりがな  氏名　　　　　　　　　　　様 (男・女)（　　　）歳 | | | | | | | 生年月日 | 明・大  昭・平　　　　年　　　月　 日 | | | | | |
| 住 所 | | | | | | | | | | | | | |
| 電話番号　自宅　　　　　　　　　　　　　　　　　　　FAX  携帯もしくは勤務先 | | | | | | | | | | | | | |
| 予約日時の連絡方法 | | 王子総合病院からの予約日時決定の連絡(FAX)を受け、貴医療機関から来院される方に連絡していただきます。 | | | | | | | | | | | |
| 付き添いのご家族 | | | 外来当日一緒に来院される方の患者さんとのご関係： | | | | | | | | | | | |
| 診 療 情 報 記 入 欄 | **紹介目的**  がんゲノム外来 | | | | | **保険適用条件（①と③に☑　または　②と③に☑　が必要となります　）**   * ①標準治療がない固形がん（希少がん、原発不明がんなど）の方 * ②標準治療終了（終了見込み）となった固形がんの方 * ③全身状態及び臓器機能等から、化学療法を受けるのに全身状態や   血液検査に問題のない方 | | | | | | | | |
| **対象となる疾患名など** | | | | | 王子総合病院の受診歴  （ 有 ・ 無 ） | | | | | | | | |
| 外来受診に際し必要なもの（チェックリスト）  □「外来紹介時臨床情報（規定書式2）」  □「外来紹介前の薬物療法情報（規定書式3）」  □「診療情報提供書（がんゲノム外来専用）（規定書式４）」  □ 過去1か月以内の血液検査結果  □ 過去2回分のＣＴ検査結果（1回分は必ず過去1か月以内のものであること）  □ 病理検査報告書  □ ３年以内に作製された検査提出用の病理検体（FFPE）（**後日当院へ郵送**） | | | | | | | | | | | | | |
| 希 望 記 入 欄 | **注）診察日は毎週火曜～木曜日 14：00～、15：00～いずれかの枠となります。相談内容により担当医を決定し予約します。** | | | | | | | | | | | | | |
| 受診希望日（申込当日の受診は予約できません。／予約状況によってはご希望に沿えない場合があります。）  （第１希望） 月 日 （第２希望） 月 日 （第３希望） 月 日 | | | | | | | | | | | | | |
| 王子使用欄 | | | 受付日 | | | 受診科 | | 予約日時 | | | 月 | 日（ | ） | ： |

（必要に応じ別紙に記載し、併せてＦＡＸ送信して下さい。)