

がんゲノム外来
受診予約申込書

FAX : 029-853-3404

フリガナ		紹介元 医療機関	
氏名	様	医師氏名	
	旧姓:		
	※お分かりでしたら、ご記入ください		エキスパートパネル出席希望 <input type="checkbox"/> 希望する <input type="checkbox"/> 希望しない <input type="checkbox"/>
性別	<input type="checkbox"/> 男性 <input type="checkbox"/> 女性	メールアドレス	※エキスパートパネル出席を希望する場合メールアドレスを記入ください
生年月日	西暦 年 月 日	所在地	〒 -
住所	〒 -	電話番号	
		FAX	
		部署名	
電話番号 (連絡がとりやすい順番に記入)	①	筑波大学附属病院 受診歴	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 ↓
	②		
	③		
	所有者	筑波大学附属病院のID	-

！注意 がんゲノム外来は、月曜日14時～、火曜日の15時～、16時～、木曜日の午前中になります

基本情報 (適応確認のために使用いたします)

主傷病名		ステージ	
紹介目的	<input type="checkbox"/> がん遺伝子パネル検査	<input type="checkbox"/> がんゲノム外来セカンドオピニオン	
予約取得の連絡	FAXにて紹介元医療機関へ連絡となります		
下記の1～6の条件に全て該当する方が対象です。			
1	<input type="checkbox"/>	ECOG Performance Status 0～1である。	
2	<input type="checkbox"/>	病理学的診断によって悪性固形腫瘍と診断されている。	
3	<input type="checkbox"/>	切除不能または再発の病変を有する下記のいずれかである。(どちらかにチェック)	
	<input type="checkbox"/>	原発不明がん	
	<input type="checkbox"/>	標準治療がない、標準治療が終了している、もしくは終了が見込まれる。(原発不明がんを除く)	
4	<input type="checkbox"/>	がん遺伝子パネル検査の費用が保険診療の場合:560,000円を了承している。 ※患者負担3割の場合168,000円、1割の場合56,000円、その他診察料、判断料あり高額療養費制度の適用あり	
5	<input type="checkbox"/>	DNA抽出用の病理検体を用意できる。可能なものにチェックしてください。 (※初診時には組織診断したプレパラート一式を持たせてください)	
	<input type="checkbox"/>	【生検材料の場合】 マイクロチューブ内にパラフィンロール(厚さ10μm)を5～6枚	
	<input type="checkbox"/>	【生検材料の場合】 未染色標本 10枚(厚さ5μm)	
	<input type="checkbox"/>	【手術材料の場合】 未染色標本 10枚(厚さ5μm)	
6	<input type="checkbox"/>	受診当日は入院中ではない。	

★注意事項

- 受診予約申込書と診療情報提供書をFAXでお送りください。
- 診療当日は、紹介状原本と病理検体等をお持ちください。

総合がん診療センター

【電話】 029-853-8096
【FAX】 029-853-3404
【受付時間】 10:00～16:00
(土日祝日 年末年始を除く)
上記受付時間以降に届いたFAXは、
翌診療稼働日の対応となります。

その他の事項

患者さんからの予約の変更またはキャンセルは、総合がん診療センターでお受けいたします。(029-853-8096)
※このFAXには、個人情報を含む機密情報が含まれており、筑波大学附属病院あてに送られています。もし、誤って届いた場合は、お手数ですがその旨を上記紹介元医療機関にお知らせいただき、書類は破棄してください。