

申込日：_____年__月__日

鳥取県立中央病院 がんゲノム外来 申込書

【FAX】 0857-21-8507 (患者支援センター宛)

貴院情報			
貴院の名称			
電話番号		FAX	
患者主治医	(診療科名)	(氏名)	
予約担当者	(部署名)	(氏名)	
病理検体 問合せ担当者	(部署名)	(氏名)	

患者情報				
フリガナ		男・女	生年月日	大正 昭和 平成 令和
患者氏名				
(旧姓)	カルテ二重登録防止のためご協力ください			年 月 日
住所				
電話番号		当院受診歴	有・無・不明	

がん遺伝子パネル検査 事前情報シート

<input type="checkbox"/> 悪性腫瘍（固形がん）と診断されている	
<input type="checkbox"/> 治癒・切除不能または再発であり、以下のいずれかの条件に該当する	
<input type="checkbox"/> 標準治療を終了する見込みである	<input type="checkbox"/> 原発不明がんである
<input type="checkbox"/> 標準治療のない希少がんである	
<input type="checkbox"/> 現在のPSが0または1である	
<input type="checkbox"/> 現在入院しておらず、当院の外来を受診可能である	
<input type="checkbox"/> 約3ヶ月後であっても、当院の外来を受診し結果説明を聞くことが可能である	
<input type="checkbox"/> 約3ヶ月後であっても、がん薬物療法の実施適応を満たすだけの全身状態が見込まれる	
<input type="checkbox"/> 約4ヶ月後であっても、臨床試験における一般的な基本的適格基準を満たす全身状態と臓器機能の維持が見込まれる	
<input type="checkbox"/> 保険適用外薬や開発中の薬剤が見つかり、臨床試験への参加可能性が提案された場合に、遠方の県外医療機関等への受診や継続加療が可能である	
<input type="checkbox"/> 提出可能な病理検体がある（当院HP「がんゲノム外来への患者紹介について」参照）。病理検体の状況によっては血液検体を用いた検査をおこなう場合があります。	
<input type="checkbox"/> 当院より依頼した病理検体の提供が可能である	

※ご不明の点がございましたら、がん相談支援センター（TEL：0857-32-8181）までお問い合わせ下さい。必要に応じて、がんゲノム医療コーディネーターが対応させていただきます。

※貴院で準備いただく書類や病理標本については、当院HPの「がんゲノム外来」のページをご参照下さい。
 ※申込内容より、保険適応としてがん遺伝子パネル検査実施が困難な場合には、申込をお断りさせていただく場合があります。直接、がんゲノム外来担当医からの説明を聞きたい場合には、診療ではなく相談としてセカンドオピニオン外来（1時間あたり11,000円）で対応させていただくことも可能です。