札幌医科大学附属病院　遺伝子診療科　行

札医大

使用欄

ID番号

（FAX番号 011－616－9690）

札幌医科大学附属病院がんゲノム外来申込書Ver2

※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 | 明・大・昭・平　　　年 月 　　日貴院カルテID： |
| 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 | 札幌医大附属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頂きます。 |
| 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)□ ②標準治療が終了(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** | 札幌医大附属病院の受診歴（ 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）診察日は毎週水曜日・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 |

（必要に応じ別紙に記載し、併せてＦＡＸ送信して下さい。)

氏名　　　　　　　　　　　　様 (男・女)（　　）歳

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 札幌医大附属病院使用欄 | 外来担当医： | 予約日時 | 月 | 日（ | ） | 　　： |