札幌医科大学附属病院　腫瘍内科　行

札医大

使用欄

ID番号

（FAX番号 011-688-8473）

札幌医科大学附属病院がんゲノム外来申込書Ver3-1

※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 | （必要に応じ別紙に記載し、併せてFAX送信してください。） |
| **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 | 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**[x] **または②と③に**[x] **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年以内に作成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）診察日は毎週月曜日13時、14時、水曜日13時、14時、木曜日13時、14時、15時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 |

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