

四国がんセンター がんゲノム医療外来 申込書

FAX 番号 089-999-1115

年 月 日

がんゲノムプロファイリング検査の種類によっては採血が必要であったり、検査の結果がご家族や血縁者に影響する場合がありますため、「がんゲノム医療外来」にはご本人ならびにご家族の来院が必要です。申込書を記載の上、かかりつけ医療機関から当院地域医療連携室に予約を取ってもらってください。

申し込み者 記入欄（太枠内についてご記入下さい）

申込者(相談者) 住所 〒 _____ フリガナ _____	
申込者(相談者) 氏名 _____ 患者との続柄 本人、家族（続柄 _____）	
患者さんの氏名、性別	フリガナ _____ _____ 様（男 女）
患者さんの生年月日(年齢)	_____ 年 _____ 月 _____ 日生（ _____ 歳）
患者さんの住所 <input type="checkbox"/> 申込者に同じ	〒 _____
外来当日に同席されるご家族の続柄	* 外来当日は、原則ご家族の同席をお願いしています。 <input type="checkbox"/> 配偶者 <input type="checkbox"/> 親 <input type="checkbox"/> 兄弟姉妹 <input type="checkbox"/> 子 <input type="checkbox"/> その他（ _____ ）
病名 (おわかりになる範囲で)	
受診内容	がんゲノムプロファイリング検査について
ご予約の都合のつかない日等	* 医師の都合を確認し、かかりつけ医に予約日を連絡させていただきます
現在かかっている医療機関と主治医名	_____ 病院 医院 _____ 科 _____ 先生

かかりつけ医療機関 記入欄（太枠内についてご記入下さい）

検体の有無	<input type="checkbox"/> 有 * 「検体情報チェックリスト」をご提出ください <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 不明 * 検査を受けない場合にも病理診断費用が別途必要になる可能性があることを患者様にご説明ください
検体送付予定日	_____ 年 _____ 月 _____ 日 * 予約日決定の参考にさせていただきます。検体は地域医療連携室にご送付ください。

四国がんセンター記入欄

診療科担当医師名	_____ 科 _____ 医師 (PHS _____)	予約日時
がんゲノム担当医師名	_____ 科 _____ 医師 (PHS _____)	予約日時
担当コーディネーター名	看護師・検査技師・ 薬剤師・遺伝カウンセラー _____ (PHS _____)	