

がん遺伝子パネル検査依頼書



① 自院の情報をお知らせください。

医療機関名			
医師名	先生 (科) 担当者名 ()		
TEL		FAX	

② ご紹介いただく患者さんについてご記入ください。

フリガナ		性別	生年月日	
患者氏名		男・女	大・昭・平	年 月 日
患者住所	〒		Tel ()	
備考 (ご希望等)	※受診日・検査日の指定は出来かねますのであらかじめご了承ください。			
病名				

③ がん遺伝子検査対象条件を確認します。

① 既に癌の病理診断が確定している。	はい ・ いいえ ・ 不明
② 遺伝子検査に使用可能なブロック(3年以内)がある。	ある ・ ない ・ 不明
 ②が「ある」場合は手術実施施設名	
 ②が「ある」場合は手術実施日	年 月 日
③ 臨床的に2か月後、新たながん治療を行うことが可能である。	はい ・ いいえ ・ 不明

送信先 函館五稜郭病院 地域医療連携室
FAX 0120-515-698