

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			
メールアドレス	@				
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. 血液検体での、がん遺伝子検査対象条件を確認します。					
① 既にながん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(<u>3年以内</u>)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 0120-51-5698