

診療情報提供書(紹介状 がんゲノム用)

姫路赤十字病院

診療科.....

医師.....先生

医療機関.....

所在地.....

電話番号.....FAX.....

診療科.....医師.....印.....

ふりがな					来院方法
氏名	<input type="checkbox"/> 男性 <input type="checkbox"/> 女性	生年 月 日	明・大・昭・平・令 年 月 日生 (歳)		<input type="checkbox"/> 歩行 <input type="checkbox"/> 車椅子 <input type="checkbox"/> ストレッチャー ご家族の同伴 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 ※できる限りご家族の同伴をお願いします
住所	〒 ① 自宅電話番号 ②連絡先〔携帯・その他()〕				
紹介目的	がん遺伝子パネル検査希望				
診断名 (原発臓器)		既往歴 家族歴			薬剤アレルギー(有・無)
病状経過と 治療経過 検査所見 (別紙添付可)					
保険適用 チェックリスト	ご紹介患者様の状況について、ご記載ください <input type="checkbox"/> 標準治療が終了している <input type="checkbox"/> 標準治療が終了する見込みである <input type="checkbox"/> 標準治療がない固形がん(原発不明がん、希少がんなど)である <input type="checkbox"/> 全身状態及び臓器機能等から、本検査施行後に化学療法の適応となる可能性が高い <input type="checkbox"/> PS (0、1、2、3、4) ※保険適用にて検査が実施できるかどうかは、当院ゲノム外来診察医師の判断となります				

治療の経過	保険適用の判断および ゲノム医療中核拠点病院との専門家会議に必要な情報となります。 大変お手数ですが、ご記載をお願いいたします。		
	レジメン	投与期間	レジメン変更理由
	①	～	
	②	～	
	③	～	
	④	～	
	⑤	～	
	⑥	～	
	⑦	～	
	⑧	～	
処方内容			
検体の有無	有 ・ 無 ※無の場合は検査をお受けできません		
病理組織採取日	年 月 日		
採取部位(臓器)			
採取方法(生検・手術等)			
検体固定条件 (ホルマリン濃度、固定時間)	%ホルマリン 約 時間 種類 (ホルマリン ・ 中性ホルマリン ・ 中性緩衝ホルマリン)		
パラフィン包埋ブロック借用	可 ・ 不可 注)「不可」の場合は検査をお受けできません 細胞診(セルブロックを含む)では検査をお受けできません。 ガラス標本で検査をご希望の場合は、当院までご相談ください。		