

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.....

医療機関.....

医師.....

先生.....

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)					
これまでの がん遺伝子 パネル検査の 提出状況	<input type="checkbox"/> 提出したことはない <input type="checkbox"/> 自費診療(検査名:)で提出したことがある <input type="checkbox"/> 組織を用いたがん遺伝子パネル検査(保険診療)で提出したが、解析できなかった <input type="checkbox"/> その他()				
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				

