

「福井大学医学部附属病院 がんゲノム外来申込書（固形がん）」

太枠内をご記入ください。

|          |                         |            |                |
|----------|-------------------------|------------|----------------|
|          |                         | 令和 年 月 日   |                |
| (ふりがな)   |                         | 生年月日       | 明・大・昭・平 (年齢 歳) |
| 患者さんの氏名  | (男・女)                   |            | 年 月 日          |
| 患者さんの現住所 | 〒                       |            |                |
|          | 電話 ( ) -                | 携帯電話 ( ) - |                |
| 当院への受診歴  | ある・ない (ある場合は右記をご記入ください) | 診療番号       | - -            |

|                    |                                                                                                                                                                                                                                                |          |           |
|--------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------|-----------|
| 疾患名                |                                                                                                                                                                                                                                                |          |           |
| 相談したい内容            | がんゲノムプロファイリング検査                                                                                                                                                                                                                                |          |           |
| 適格要件① (いずれか)       | <input type="checkbox"/> 標準治療がない固形がん患者<br><input type="checkbox"/> 局所進行若しくは転移が認められ標準治療が終了となった固形がん患者<br><input type="checkbox"/> 局所進行若しくは転移が認められ標準治療の終了が見込まれる固形がん患者                                                                             |          |           |
| 適格要件② (必須)         | <input type="checkbox"/> 関連学会の化学療法に関するガイドライン等に基づき、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と主治医が判断した者                                                                                                                                              |          |           |
| 希望検査 (複数選択可)       | <input type="checkbox"/> FoundationOne CDx <input type="checkbox"/> NCCオンコパネル <input type="checkbox"/> GenMineTOP<br><input type="checkbox"/> FoundationOne Liquid CDx <input type="checkbox"/> Guardant360 CDx <input type="checkbox"/> 当院に一任 |          |           |
| 相談希望日              | <input type="checkbox"/> いつでも良い<br><input type="checkbox"/> 希望あり ⇒ 希望する日 月 日 (水) 又は 月 日 (水)<br>⇒ 希望する日程 ( 月 日以降 )                                                                                                                              |          |           |
| 現在受診されている病(医)院について | <input type="checkbox"/> 入院中                                                                                                                                                                                                                   | 病院名等：    |           |
|                    | <input type="checkbox"/> 通院中                                                                                                                                                                                                                   | 診療科：     | 医師名：      |
|                    | 連絡先                                                                                                                                                                                                                                            | 電話 ( ) - | FAX ( ) - |

|                    |                                                                              |                                            |
|--------------------|------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------|
| 提出物<br>チェック<br>リスト | <input type="checkbox"/> 申込書（本紙）                                             | <input type="checkbox"/> 診療情報提供書（指定フォーマット） |
|                    | <input type="checkbox"/> 血液検査（時系列）                                           | <input type="checkbox"/> 既知の遺伝子検査結果        |
|                    | <input type="checkbox"/> CT/MRI画像（直近1回分, CD-R）                               | <input type="checkbox"/> 画像読影レポート          |
|                    | <input type="checkbox"/> 病理レポート                                              |                                            |
|                    | <input type="checkbox"/> FFPE（HE1枚＋未染10枚）：事前郵送ください（Liquid biopsyご希望の場合は不要です） |                                            |

※ がんゲノム外来申込書と合わせて、診療情報提供書（紹介状）の提出をお願いします。

|                        |                 |      |              |
|------------------------|-----------------|------|--------------|
| 病 院 使 用 欄 （記入しないでください） |                 |      |              |
| 受付年月日                  | 令和 年 月 日        | 相談日時 | 令和 年 月 日 (水) |
| 担当医                    | 血液・腫瘍内科 今村善宣 医師 |      | 時 分 ~        |

※ このFAXには、個人情報を含む機密情報が含まれており、福井大学医学部附属病院に送られています。もし、誤って届いた場合は破棄していただき、お手数ですがその旨を送信者（患者さん）宛、お知らせくださるようお願いします。