

「福井大学医学部附属病院 がんゲノム外来申込書（造血器腫瘍）」

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(いずれか)	ア. 初発時 ☐ 急性骨髄性白血病 ☐ 急性リンパ性白血病 ☐ 骨髄異形成症候群 ☐ 骨髄増殖性腫瘍、及びその類縁腫瘍 ☐ 組織球症、及び樹状細胞腫瘍 イ. 従来の方法による検索が行えない又は他の造血器腫瘍又は類縁疾患と鑑別が困難な場合の初発時 ☐ アグレッシブB細胞非ホジキンリンパ腫 ☐ インドレントB細胞非ホジキンリンパ腫 ☐ T細胞非ホジキンリンパ腫 ☐ NK細胞非ホジキンリンパ腫 ☐ 多発性骨髄腫 ウ. 再発又は難治時 ☐ 急性骨髄性白血病 エ. 従来の方法による検索が行えない又は他の造血器腫瘍又は類縁疾患と鑑別が困難な場合の再発又は難治時 ☐ フィラデルフィア染色体陽性急性リンパ性白血病 ☐ インドレントB細胞非ホジキンリンパ腫 ☐ T細胞非ホジキンリンパ腫 ☐ NK細胞非ホジキンリンパ腫 ☐ 慢性リンパ性白血病 オ. 病期を問わず算定できるもの（既存の検査及び病理診断等で確定診断に至らず、治療方針の決定が困難な場合に限る。） ☐ 原因不明の著しい血球減少		
	相談希望日	☐ いつでも良い ☐ 希望あり ⇒ 希望する日 月 日（水）又は 月 日（水） ⇒ 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	☐ 入院中	病院名等：	
	☐ 通院中	診療科：	医師名：
	連絡先	電話 () -	FAX () -

提出物チェックリスト	☐ 申込書（本紙）	☐ 診療情報提供書（指定フォーマット）
	☐ 血液検査（時系列）	☐ 既知の遺伝子・染色体検査結果
	☐ 骨髄スミア（レポート：画像＋所見）	☐ フローサイトメトリー（所見要約＋画像）
	☐ CT/MRIなどの画像検査（CD-R＋読影レポート）	☐ 病理検査（レポート：画像＋所見）
	☐ FFPE（HE1枚＋未染20枚）：事前郵送ください	

※ 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いたします。