がん遺伝子パネル検査　予約申込書

送付状不要　FAX：076-491-7109

富山県立中央病院　地域連携室　あてTEL：076-424-1531（内線3177）/FAX：076-491-7109

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 貴院の情報を記載してください。 | | | |
| 名称 | |  | |
| 住所 | |  | |
| 担当科・担当医師 | |  | |
| 地域連携室 | 担当者 |  | |
| 電話番号 |  | |
| FAX番号 |  | |
| e-mail |  | ※概ね１日１回以上確認するもの |

|  |
| --- |
| ご紹介患者検査適応要件　確認チェック（☑してください）  （検査適応要件については「がん遺伝子パネル検査について（医療機関向け）」を参照してください。 |
| □　富山県立中央病院の定めた検査適応要件を満たしています。 |

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| ご紹介患者情報　等（記載、またはチェック☑してください） | | | | | |
| ふりがな |  | 生年  月日 | 大・昭・平  　　年　　月　　日生（　　　歳） | | |
| 氏名 |  |
| 旧姓 | □あり（　　　　　）□なし | 性別 | □男　　　　　　□女 | | |
| 現住所 | 〒 | | | 連絡先  電話番号 |  |
| 疾患名 |  | | | | |
| 希望検査 | □　OncoGuideTM NCCオンコパネル　□　FoundationOne🄬CDx　ゲノムプロファイル | | | | |
| 中央病院  受診歴 | □　有　（　　　　　　　　　　　　科）※　わかる範囲で　 □　無 | | | | |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 受診希望日　等 | | | |
| 受診  希望日 | 第１:　　 月　　　日　　曜日 | | 第２:　　 月　　　日　　曜日 |
| □　希望なし | | □　都合の悪い日：　　　月　　　日 |
| 現在の患者さんの  状況 | | □　貴院入院中  □　帰宅され、貴院より連絡待ち  □　その他（具体的に：　　　　　　　　　　　　　　　　　） | |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 富山県立中央病院　記載欄 | | | |
| 担当診療科 |  | 担当医 |  |
| 予約日時 | 令和　　年　　月　　日(　　）　午前・午後　　　時　　　分 | | |

予約日等が決まりましたら貴院にご連絡いたします。患者さんへは貴院からご連絡願います。