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。