

ゲノム外来受診申込書

年 月 日

聖隷浜松病院 御中

〒430-8558

浜松市中区住吉2-12-12

TEL:0120-107-352

FAX:0120-107-362

ご紹介元

病院(施設名)

診療科 科

医師名

住所

電話番号

予約につきましては、事前に診療情報提供用紙とゲノム外来受診申込書を頂いてからになります。

受診者情報											
患者氏名	フリガナ	性別		生年月日	年 月 日 () 歳						
		男	・				女				
患者住所				電話番号							
保険番号		記号		番号							
原発臓器	<input type="checkbox"/> 婦人科 <input type="checkbox"/> 呼吸器科 <input type="checkbox"/> 乳腺科 <input type="checkbox"/> 消化器内科 <input type="checkbox"/> 原発不明 <input type="checkbox"/> その他()										
疾患名											
予約日希望情報											
受診希望日 下記外来日 参照	月	日	/	月	日	/	月	日	/	月	日
* 医療機関からの予約をお願いします											
【外来予定日】	月曜日	火曜日	水曜日	木曜日	金曜日						
婦人科系・原発不明	—	—	○(午前)	—	○(午後)						
呼吸器系	○	—	—	—	—						
消化器系	—	○(午前)	—	—	—						
乳腺系	—	—	○(午後)	—	—						

確認事項	
<input type="checkbox"/>	パラフィンブロック (あり ・ なし)
<input type="checkbox"/>	手術の有無 (あり ・ なし)
<input type="checkbox"/>	標準的治療で効果なし (あり ・ なし)
<p style="text-align: center;">パラフィンブロックに関わる確認事項</p> <p style="text-align: center;">* 正確な検査結果を得るために、以下の条件を満たしているパラフィンブロックをご用意ください。 なお、パラフィンブロックのご用意がない場合、当院にて主科の診察を受けていただき、 パラフィンブロック作成後、ゲノム外来診察となります。</p>	
<input type="checkbox"/>	固定条件は10%中性緩衝ホルマリンで48時間以内であること
<input type="checkbox"/>	脱灰操作をしていないこと
<input type="checkbox"/>	組織表面積が25mm ² であること
<input type="checkbox"/>	腫瘍細胞含有率が30%以上であること
<input type="checkbox"/>	パラフィンブロック作成後3年以内であること
<p style="text-align: center;">ゲノム検査(遺伝子パネル検査)は、検査結果が出るまでに4-6週かかり、 それ以降で、該当症例(10-15%程度に留まると想定)はがん薬物療法が開始されます。 ゲノム検査(遺伝子パネル検査)を実施する上で、下記に該当する場合は適応外となる可能性が 高いことを患者さんにご説明ください。</p>	
<input type="checkbox"/>	PSが3以上である
<input type="checkbox"/>	1か月につき2-4回程度の当院への定期通院が困難である
<input type="checkbox"/>	生命予後が1-2か月程度である
<input type="checkbox"/>	パネル検査実施時に造血能や臓器機能確保が困難と予想される
<input type="checkbox"/>	経口摂取が困難である
<input type="checkbox"/>	既存の組織検体がなく、今後も採取することが難しい