

福岡赤十字病院〈がんゲノム外来〉診察申込書

FAX : 0120-521-992

申込日 令和 年 月 日

福岡赤十字病院

科

先生

紹介元医療機関 (担当医師) 住所 TEL FAX
---------------------------------------

フリガナ		性別	住所 〒
患者氏名		<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	
生年月日	<input type="checkbox"/> 明 <input type="checkbox"/> 大 <input type="checkbox"/> 昭 <input type="checkbox"/> 平 年 月 日生 (才)		TEL
公費負担者番号		保険者番号	
公費負担受給者番号		被保険者証の記号番号	
		被保険者名・続柄 (本人・家族)	( 割)

傷病名 紹介目的	
-------------	--

●チェック項目 (  欄をチェックしてください。)

① 患者はがんゲノム外来を受診することに納得している	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ
② 固形がん患者である	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ
③ 治癒・切除不能または再発である	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ
④ 標準治療終了が見込まれる薬物療法対象患者である	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ
⑤ PSが良好であり、予後3か月以上が見込まれる	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ
⑥ 提出できる腫瘍組織検体がある もしくは 再生検が可能である	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ

〈注意〉①～⑤すべて「はい」の場合のみお申込みください。

●お申込み方法

- 地域医療連携室へ下記書類をFAXしてください。連携室直通FAX番号：0120-521-992
  - がんゲノム外来診察申込書 (様式1) ※当様式
  - 診療情報提供書 ※病状/治療経過、現在の処方、既往歴、家族歴、PS、キーパーソン等をご記載ください。
  - 直近の画像読影レポート
  - 直近の採血結果
- FAXで申込書等を確認後、連携室からご連絡いたします。
- 上記2.の連絡時にご案内した指定期日までに下記書類及び検体を連携室あて郵送してください。
  - HE標本
  - 検体情報チェックリスト (様式2)
  - 病理組織診断報告書
  - C-CAT登録項目調査票 (様式3-1～3-3)
  - 直近の画像データ

●予約申し込み時のご注意

- ▶ FAX受付時間は、平日 (月曜～金曜) 午前8時30分～午後5時です。  
受付時間外にお申し込みのFAXをいただいた場合は、翌診療日以降の対応となります。

●お問い合わせ、書類・検体送付先

- ▶ 予約に関するお問い合わせ先 地域医療連携室 TEL 0120-521-993
- ▶ 書類・検体送付先 〒815-8555 福岡市南区大楠3丁目1番1号  
福岡赤十字病院 地域医療連携室 宛