がんゲノム医療外来　診療依頼FAX用紙

　　　　　　　　20 　　　年　　　月　　　日

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 医 療 機 関 名  送付先：  FAX 084-922-2411（直通）  国立病院機構福山医療センター  地域医療連携室  電話・FAX  医 師 名 | |  | | |
| フリガナ | | | 性　別 | 生 年 月 日 | 昭・平・令　　　年　　　　月　　　　日 | | | |
| 患者氏名 | | | 男・女 |
| （旧姓） |  | | 年齢 | 歳 |
| 住　所　〒  TEL　　　（　　　　　） | | | | | | | | |
| 福山医療センターの受診歴 | | □　有 　　□　無 | | | | | | |
|  | 目　　的 | □　治療抵抗性　　　　□　原発不明がん □　稀少がん  □　その他（ ） | | | | | | |
|  | 病　　名 |  | | | | | | |
|  | 病理標本 | * ホルマリン固定パラフィン包埋（FFPE）標本（固定後3年以内、薄切後1年以内）   　　　10μm厚で15枚（ゲノム診断用）+ 4μm厚で７枚程度（病理診断用）  □　ブロック（固定後3年以内）  当院でスライド作成後、残りは返却   * その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） * なし　生検可能部位　　□　有（　　　　　　　　）　□　無 | | | | | | |

・　当院の臓器別担当医の受診後、がんゲノム医療外来受診の可否についてお知らせします。また受診可能な場合、受診日については、がんゲノム医療外来の予約手続き完了後、患者さんおよび紹介いただいた医療機関にご連絡します。

・　FAX受付時間　　平日（土日祝・年末年始を除く）8:30～17:00

・　診療情報提供書は本用紙と一緒にFAX送信するか、臓器別担当医受診の際に患者さんがご持参ください。

・　病理標本は臓器別担当医受診時に患者さんがご持参頂くか、医療機関からの郵送等で臓器別担当医受診時までにご提供ください。

* がん遺伝相談外来については受診希望者から当院へ直接お電話でお申込みいただくこととなります。

お問い合せ先：国立病院機構福山医療センター　地域医療連携室　紹介患者予約担当

電話　084-922-9951（直通）　FAX　084-922-2411（直通）