

市立函館病院 がんゲノム医療外来 申込書

市立函館病院 患者サポートセンター がん相談支援センター 宛て

TEL: 0138-43-2000

FAX : 0120-503-620

◎自院の情報をお知らせください					
医療機関名					
主治医名		医師（ 科） 担当者名（ ）			
連絡先		TEL		FAX	
◎ご紹介いただく患者さんについてご記入ください					
患者氏名		フリガナ （男・女）			
生年月日		(西暦 大正 昭和 平成 令和) 年 月 日 生 （ 歳）			
患者住所		〒 			
連絡先		TEL () 携帯電話をお持ちの方は必ず記入して下さい			
◎がん遺伝子検査対象条件を確認します					
① 既にながんの病理診断が確定している		☐ はい（病理診断名： ） ☐ いいえ ☐ 不明			
②遺伝子検査に使用可能なブロック（３年以内）がある		☐ あり ☐ なし ☐ 不明			
→②あるの場合 手術実施施設名					
→②あるの場合 手術実施日					
③臨床的に２ヶ月後、新たながん治療を行うことが可能である		☐ はい ☐ いいえ ☐ 不明			
④薬物療法が終了または終了見込みである		☐ はい ☐ いいえ ☐ 不明			
⑤希少疾患である		☐ はい ☐ いいえ ☐ 不明			