

# がん遺伝子パネル検査 紹介連絡・予約申込

(申込日: 年 月 日 午前・午後 時 分)

## FAX 0574-66-1581

患者さんの同意のもと、この連絡・予約申込票を送信します。予約をお願い致します。

※太枠内を記入ください。

**がん遺伝子パネル検査の実施に当たり、以下2点のチェックをお願いします。**

<input type="checkbox"/> 固形癌の病理診断が確定している	} 1つでも該当しない場合、検査対象外となります。
<input type="checkbox"/> 遺伝子検査に使用可能な3年以内の病理検体がある	

**保険適応の可否を確認するため、以下3点のチェックをお願いします。**

<input type="checkbox"/> 固形癌で、原発不明癌・希少癌、または標準治療が終了している（終了見込である）	↓ 1つでも該当しない場合 ↓ 上記全て該当する場合
<input type="checkbox"/> 臨床的に2ヶ月後に新たながん治療が行えると推測できる（現在のPS=0、1）	
<input type="checkbox"/> 手術病理検体である（生検病理検体ではない）	

紹介目的:  自費診療のがん遺伝子パネル検査 (いずれかにチェック)  
 保険診療のがん遺伝子パネル検査 プレジジョン(PleSSION-Standard)検査

紹介元情報			
紹介元医療機関名	医師名		
診療科	電話	FAX	
患者様情報			
フリガナ			性別
患者氏名	様		男・女
生年月日	明・大・昭・平・令 年 月 日	歳	
住所	〒 -		
	電話	携帯	

※自費診療でのがん遺伝子パネル検査はがんゲノム診断・診療センター、保険診療でのがん遺伝子パネル検査は各該当診療科での対応となります。下記手順に従ってお申し込み下さい。

- ①診療情報提供書、予約申込書をFAXにてお申し込み下さい。
- ②当院にて申込確認後、検体送付依頼のご連絡をします。病理報告書、検体送付・受領書を添付で検体送付して下さい。
- ③検体到着後、当院にて検体の品質確認を行い、検査可否の判断をさせていただきます。
- ④検査可否確認後、予約連絡をさせていただきます。尚、当予約はがん遺伝子パネル検査実施の確約ではありません。がん遺伝子パネル検査は「検査説明・同意」「採血」「結果説明」の2~3回の来院が必要となります。予めご了承下さい。

※以下、当院記入欄

返信・予約控			
先生御机下		年	月 日
患者氏名	様	予約日	月 日 ( ) 時 分
当日は、時 分までに <b>1階総合案内「紹介窓口」</b> へ、本状を持ってお越しください。			
以前当院で受診されたことがある方は当院の診察券もお持ちください。			
<b>中部国際医療センター がんゲノム診断・診療センター</b>		担当医	

お問い合わせ先 電話 0574-66-1100  
 中部国際医療センター がんゲノム診断・診療センター FAX 0574-66-1581