福岡大学病院　地域医療連携センター行き　　（様式１）ＦＡＸ送信用

がんゲノム外来事前診療予約申込書　【FAX番号：092-862-8622】

※ 作成日　　年　　月　　日

福岡大学病院 がんゲノム外来　担当医　殿 ※上記医師への事前の診療依頼の有無 ☐ あり　☐ なし	紹介元医療機関の所在地及び名称 診療科名 医師氏名　　印 電話（　　）　－　　FAX（　　）　－
受診希望日　第１希望　年　月　日（　） 第２希望　年　月　日（　）	※診療科名・医師氏名・連絡先電話番号についても必ずご記入ください。

注）受診可能な曜日は月・火・水・金曜日のみです。

患者基本情報

※ 福岡大学病院受診歴　☐ 有 ・ ☐ 無 ・ ☐ 不明			
受診歴有の場合、福岡大学病院の登録番号が分かればご記入ください。 ⇒			0□□－□□□□－□
フリガナ 患者氏名	（男・女） （旧姓　　）	生年月日	（明・大・昭・平・令）　年　月　日生（　才）
		職　業	
住　所	〒　　－ 都道　市　区 府県　郡　町	自宅電話（　　）　－ 携帯電話（　　）　－	
傷病名・紹介目的（**傷病名は日本語でお願いします**）			

（個人情報の取り扱いについて）ご記入いただいた患者さんの個人情報については、当院の事前診療予約に関する業務のみに使用し、他の目的では使用しません。

チェック項目 （ ☐欄をチェックおよび必要事項を記載してください。）		
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	☐ はい	☐ いいえ
2） 固形癌患者である	☐ はい	☐ いいえ
3） 治癒・切除不能または再発である	☐ はい	☐ 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	☐ はい	☐ いいえ
5） Performance Status(ECOG)が:0～1の状態である	☐ はい（０・１）	☐ いいえ
6） 生命予後が3か月以上見込める患者である	☐ はい	☐ いいえ
7） 切除または生検組織がある。もしくは新たに組織生検が可能な患者である **※医学的理由により生検が不可能な場合は、血液による検査も可能です。** **※組織は採取後3年以内のものを推奨。**	☐ はい	☐ いいえ
8） 切除または生検は福岡大学病院で実施された	☐ はい	☐ いいえ

（注意）太枠１）～7）すべて「はい」の場合のみFAXを送信してくだい。

≪予約申し込み時のご注意≫

・ＦＡＸ受付時間

受付曜日	受付時間
月曜日～金曜日	８：４０～１８：００

休日：土曜・日曜・祝日・振替休日・盆休（８/１５）・年末年始（１２/２９～１/３）

注） 休日やＦＡＸ受付時間外にお申し込みのＦＡＸをいただいた場合は、翌診療日の対応となります。

予約に関するお問い合わせ
福岡大学病院　地域医療連携センター
TEL　092-862-8220（事前予約専用）

がんゲノム遺伝子パネル検査に関するお問い合わせ
福岡大学病院　がんゲノム外来担当
TEL　092-801-1011（代表）

改訂日:2023/1