

がんゲノム外来予約申込書（院外用）

【FAX番号：092-862-8622】

※ 作成日 年 月 日

福岡大学病院		紹介元医療機関の所在地及び名称	
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		診療科名 医師氏名 電話 () — FAX () — 印	
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。]	

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	(男・女)				生年 月日	(明・大・昭・平・令)	年		月		日生(才)							
患者氏名	(旧姓)				職 業													
住 所	〒 一					自宅電話 ()		—										
						携帯電話 ()		—										
	都 道 市 区																	
	府 県 郡 町																	
<u>正式病名 (Stageも記載して下さい)</u>																		

(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を希望している	☐ はい	☐ いいえ
2) 固形がん患者である	☐ はい	☐ いいえ
3) 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) 診療情報提供書には以下の項目が必須です ①がん薬物療法歴(開始日～終了日と治療効果判定の記載)	☐ はい	☐ いいえ
②有害事象歴の記載(グレード3以上のみ)	☐ はい	☐ いいえ
③過去の遺伝子検査歴	☐ はい	☐ いいえ
8) 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。 ※組織は採取後3年以内のものを推奨 ※ 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	☐ はい	☐ いいえ
9) 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)~8)すべて「はい」の場合のみFAXを送信してください。

《予約申し込み時のご注意》

・ F A X 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

改訂日: 2025/11