

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 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 <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> 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。 |

(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。

患者基本情報

| | | |
|---|--------------------------|------------|
| ※ 福岡大学病院受診歴 <input type="checkbox"/> 有 ・ <input type="checkbox"/> 無 ・ <input type="checkbox"/> 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 (西暦) | 年 月 日生 (才) |
| 患者氏名 (旧姓) | 職業 | |
| 住所 〒 都道 市区 府県 郡 町 | 自宅電話 () - 携帯電話 () - | |

正式病名 (Stageや再発の有無も記載して下さい)

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 | <input type="checkbox"/> はい | <input type="checkbox"/> いいえ |
| 2) 固形がん患者である | <input type="checkbox"/> はい | <input type="checkbox"/> いいえ |
| 3) 切除不能または再発である | <input type="checkbox"/> はい | <input type="checkbox"/> 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 | <input type="checkbox"/> はい | <input type="checkbox"/> いいえ |
| 5) Performance Status (ECOG) が: 0~1の状態である | <input type="checkbox"/> はい | <input type="checkbox"/> いいえ |
| 6) 生命予後が3か月以上見込める患者である | <input type="checkbox"/> はい | <input type="checkbox"/> いいえ |
| 7) <診療情報提供書には以下の項目を必ず記載して下さい> | | |
| ① がん薬物療法歴(開始日~終了日と治療効果判定)を記載した | <input type="checkbox"/> はい | <input type="checkbox"/> いいえ |
| ② 有害事象歴(G3以上)を記載した(G2以下の場合はその旨を記載した) | <input type="checkbox"/> はい | <input type="checkbox"/> いいえ |
| ③ 過去の遺伝子検査歴を記載した | <input type="checkbox"/> はい | <input type="checkbox"/> 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 | <input type="checkbox"/> はい | <input type="checkbox"/> いいえ |
| 9) 切除または生検は福岡大学病院で実施された | <input type="checkbox"/> はい | <input type="checkbox"/> 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》

・ 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:2026/3