

申込時にお送り頂く物

【FAXして頂く書類】

①ゲノム外来事前診療予約申込書

【郵送して頂く物】

①診療情報提供書

※申込書のチェック項目を確認できる内容であること

※**薬物療法歴**：これまでのがん薬物療法内容

開始日～終了日及び治療効果判定と

有害事象情報（血液毒性を除くGrade3以上を目安とする）

※**家族歴**

※過去の**遺伝子検査結果**

②病理組織診断報告書

③病理組織サンプル

＜未染スライドの場合＞

4～5μm厚さで 15～20枚（手術検体）もしくは 25～30枚（小生検検体）

★腫瘍細胞が、なるべく多く含まれているブロックを選択してください。

★病理診断内容やサンプル状況により、未染スライドの追加をお願いする場合があります。

★当院の経験より腫瘍量不足による検査失敗を避けるため、多めのスライド枚数を記載しております。

※採取後3年以内のものを推奨します。

※採取後3年以内の組織が無い場合は、改めて生検が可能かどうか検討します。

※医学的な理由で生検ができない場合は、血液での検査も可能です。

④最新の画像データ等

⑤チェックリスト

（当院ホームページよりプリントアウトした後、確認後すべての□にチェックをお願い致します）

＜検査についての注意事項＞

提供頂いた情報及び、受診日当日患者様の診察にて、**がんゲノム遺伝子パネル検査の適応を確認させていただき、検査対象となるかの判断をさせていただきます。**ご理解とご協力のほどよろしくお願い致します。

※全ての物が当院へ揃い、内容を確認した後にFAX返信となりますのでご了承ください。

郵送先：〒814-0180

福岡市城南区七隈七丁目45番1号

TEL (092) 801-1011 (代)

FAX (092) 862-8622 (連携センター直通)

福岡大学病院 地域医療連携センター宛て

※がんゲノム遺伝子パネル検査に関するお問い合わせにつきましては
がんゲノム外来担当 常光：8943 (PHS) まで

⑤チェックリスト

【FAX】

- ☐ ①ゲノム外来事前診療予約申込書（FAX済み）

【郵送物】

- ☐ ①診療情報提供書
- ☐ 申込書項目を確認できる内容である
 - ☐ これまでのがん薬物療法全て記載済み
 - ☐ 薬物療法開始日～終了日記載済み
 - ☐ 治療効果判定記載済み
 - ☐ 有害事象情報（血液毒性を除くGreade3以上）記載済み
 - ☐ 家族歴記載済み
- ☐ ②病理組織診断報告書
- ☐ ③病理組織サンプル
- ☐ ④最新の画像データ等
- ☐ ⑤チェックリスト（全ての□にチェック）

※上記郵送物①～⑤まで全ての物を下記宛先までご郵送ください。

郵送先：〒814-0180
福岡市城南区七隈七丁目45番1号

福岡大学病院 地域医療連携センター宛て

お問い合わせ先

がんゲノム遺伝子パネル検査に関するお問い合わせ

(092) 801-1011 (代)

がんゲノム外来担当

月曜日～金曜日 (9 : 00～16 : 00まで)