地方独立行政法人広島市立病院機構
【広島市立安佐市民病院】

紹介･予約申込書(がんゲノム医療外来用)

令和　　年　　月　　日

FAX　082-815-5691
(受付時間　平日8:30～17:15)
〒739-0293　広島市安佐北区可部南 2-1-1
広島市立安佐市民病院 地域医療連携室
TEL　082-815-5211(内線 3250)

〈依頼医療機関〉
住所
名称
医師氏名
TEL
FAX

ふりがな		生年月日	大･昭･平･令　　年　　月　　日(　　　歳)
氏　　名	□男性 □女性	当院受診歴	有（ID:　　　　　　　）・ 無
住　　所	〒		
連絡先	①自宅　　　　②携帯･その他(　　　)		
来院方法	□ 歩行　　□ 車椅子　　□ ストレッチャー		
診療希望科		希望日	第一希望　令和　　年　　月　　日　　曜日 第二希望　令和　　年　　月　　日　　曜日
診断名 (原発臓器)			

診療情報は申込時に別途必要です。

がんゲノム外来受診についてチェックしてください。

- □ 標準治療が終了、もしくは終了見込みである
- □ 化学療法に耐えうる体力がある（検査結果説明まで約 2 ヶ月かかります）
- □ 検査結果より有用な情報が得られない可能性もありうることを承認されている
（9 割は治療に結びつかない）

パネル検査提出後は、紹介元医師による資料作成、エキスパートパネルへの参加をお願いしますので連絡可能なメールアドレスをお知らせ下さい。
※紹介元医師メールアドレス（必ず記載をお願いします）

（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）

病理組織検体(FFPEブロック)	有　・　無	注)･パラフィン包埋ブロック借用不可の場合は検査をお受けできません ･細胞診では検査をお受けできません ･病理組織検体｢無｣の場合は検査をお受けできません
病理組織採取日	年　　　月　　　日	
採取部位(臓器)		
採取方法(生検・手術等)		
検体固定条件 (ホルマリン濃度、固定時間)	%ホルマリン　　約　　時間 種類（ ホルマリン ・ 中性ホルマリン ・ 中性緩衝ホルマリン ）	

令和 2 年 3 月 17 日版