

東京科学大学病院
がんゲノム相談外来チェックリスト兼申込書（セカンドオピニオン）

1、受診時に必要な以下の書類を同封の上、郵送してください。

- | | |
|--|--|
| ☐ がんゲノム相談外来チェックリスト兼
申込書（セカンドオピニオン）

☐ 診療情報提供書Ⅱ（セカンドオピニオン用）

☐ がんゲノム相談外来（セカンドオピニオン）同意書（受診当日の持参でも可能） | ☐ 血液検査結果レポート
☐ 病理検査報告書
☐ 画像 CD-R、読影レポート |
|--|--|

2、がん遺伝子パネル検査の適応について、以下の項目について ☒ してください。

現在の PS について	☐ 0 ☐ 1
生命予後が 3 か月以上あると推定される	☐ はい
パネル検査実施 1.5～2 か月後に造血能や臓器機能が維持され化学療法が可能である	☐ はい
既存の組織検体がある ※いいえの場合、血液での検査を検討致します	☐ はい ☐ いいえ

3、受診に関する情報をご記載ください。

※当科の予約は、原則水曜日以外の月～金曜日、1 時間程度となります。

※医師の都合を確認し、患者さんへ日程のご連絡をさせていただきます。

患者様 情報	フリガナ 氏 名	(男・女)	生年月日	西暦	年	月	日
			年齢				歳
	住 所	〒 -					
	連絡先※	① ② ※連絡先はおかけする優先順にご記入下さい					
	当院の 受診歴	□なし □あり（診察券番号： ）					
	予約希望日	□いつでも良い □希望あり（希望日： ） □受診できない日：					
	希望する検査 (ご希望がある場合)	☐ FoundationOneCDx 検査 ☐ NCC オンコパネルシステム検査 ☐ FoundationOne® Liquid CDx 検査 ☐ Guardant360®CDx ☐ GenMineTOP がんゲノムプロファイリングシステム					
	紹介元 情報						
	ご施設名						
	ご担当医	科 先生					
	ご連絡先	TEL：					
	ご連絡先	メールアドレス：					
		※患者様に関する問い合わせや当院からのご案内メールをお送りしますので、ご担当の先生に届くメールアドレスもご記載ください。					

* 東京科学大学病院窓口担当者は、資料が到着したらがんゲノム医療コーディネーターへご連絡ください。

東京科学大学病院
がんゲノム相談外来チェックリスト兼申込書（セカンドオピニオン）

資料送付先

〒113-8519 東京都文京区湯島 1-5-45

東京科学大学病院 セカンドオピニオン外来 宛

TEL：03-3813-6111（代表）