≪医療機関記入用≫

東京医科歯科大学病院
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）
- □ 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。

当院記入欄【　ID：　　】

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）		□FoudationOneCD x 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）			

＊TMDU 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。

≪医療機関記入用≫

東京医科歯科大学病院
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
東京医科歯科大学医学部附属病院　セカンドオピニオン外来　宛
TEL：03-3813-6111（代表）

＊TMDU 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。