

FAX送信票/東北大学病院

がんゲノム検査 予約申込書

送信日 令和 年 月 日

【送信先】東北大学病院

地域医療連携センター(がんゲノム検査予約担当)

〒980-8574 仙台市青葉区星陵町1番1号

TEL:022(717)8885(直通)

FAX:022(717)8663(直通)

【送信元】

医療機関名:

所在地:

電話番号:

FAX番号:

医師氏名:

(連絡担当者: )

【患者情報】 ※太枠内必須項目、全てご記入をお願いいたします。

フリガナ		性別	生年月日	大正・昭和 平成・令和	※お間違えのないようご記入ください。 年 月 日 歳
氏名 (旧姓: )	様	男・女			
住所	〒 -				
電話	( )	東北大受診歴	無・有 ( 科)		
携帯番号	( )	来院時の状態	歩行可・車イス・ストレッチャー		
傷病名(主訴) 紹介目的	※該当する方に○を付けてください。( 保険診療 / 自由診療 )				
※セカンドオピニオン外来(治療ではなく、相談のみ。全額自費)をご希望の場合は、この申込書で予約はお取り出来ません。					
Q. 当院受診時に入院中ですか はい・いいえ 「はい」の場合 → 入院料等の算定情報を記載した連絡文書をご持参ください。					

※対象疾患名に○をつけてください。

コード No	対象疾患名	科名	診療予約 受付日
032	肝臓癌	消化器内科	火・金
061	肺癌 / 胸膜中皮腫 / 胸腺腫 / 胸腺癌	呼吸器内科	月～金
062	食道癌 / 胃癌 / 大腸癌 / 膵癌 / 胆管癌 / 肉腫 / 頭頸部癌 / 原発不明癌	腫瘍内科	月・火・木・金
101	乳癌	総合外科 (乳腺)	月・水
211	卵巣癌 / 子宮頸癌 / 子宮体癌 / 女性生殖器系全般	婦人科	火
221	前立腺癌 / 腎癌 / 膀胱・尿管癌 / 男性生殖器系全般	泌尿器科	木
321	脳腫瘍全般	脳神経外科	火
411	小児腫瘍全般	小児科	金
511	悪性黒色腫 / 皮膚癌全般	皮膚科	火

・記載されている対象疾患以外の申込みについては、腫瘍内科に○を付けてください。

・日程調整にお時間をいただく場合がございますので、予約票送付には数日かかることがあります。ご了承ください。

※申込書に以下の書類を添付してFAXしてください。

□診療情報提供書 ・ □がん遺伝子パネル検査診療情報提供書

※なお、以下の必要物をご準備していただいた上でお申込みください。

保険診療の場合 (①～⑤は当日持参してください)

- ①診療情報提供書(原本)
- ②がん遺伝子パネル検査診療情報提供書(原本)
- ③CT画像、採血データ(直近のものをお願いいたします)
- ④組織検体(腫瘍含有率が20%以上のもの)  
※検体の腫瘍含有率は診療情報提供書に必ずご記入ください
- ⑤病理レポート

自由診療の場合 (①～⑤は当日持参してください)

- ①診療情報提供書(原本)
- ②がん遺伝子パネル検査診療情報提供書(原本)
- ③CT画像、採血データ(直近のものをお願いいたします)
- 【ガーダント360以外をご希望の場合】
- ④組織検体(腫瘍含有率が20%以上のもの)  
※検体の腫瘍含有率は診療情報提供書に必ずご記入ください
- ⑤病理レポート

【受診希望日】 □希望日なし(いつでも可※最短の日時でご予約)

第1希望	月 日 ( )	第2希望	月 日 ( )	第3希望	月 日 ( )
	( : )		( : )		( : )