令和　　年　　月　　日

**診療情報提供書（紹介状　がんゲノム用）**

姫路赤十字病院

診療科　　　　　　　　　　　　　　 　　　　　　　　　　　　　　　 　医療機関

医師　　　　　　　　　　　　　　　　　　先生　　　　　　　　　　　 所在地

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 電話番号　　　　　　　　　　　　FAX

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 診療科 医師　　　　　　　　　　　印

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| ふりがな |  | | 生年  月日 | | 明・大・昭・平・令  　年　　月　　日生  （　　　　　　　　歳） | 来院方法 | |
| 氏名 | □男性  　　　　　　　　　　　　　　　□女性 | | □歩行　□車椅子  □ストレッチャー  ご家族の同伴　　□有　□無  **※できる限りご家族の同伴をお願いします** | |
| 住所 | 〒   1. 自宅電話番号　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　②連絡先〔携帯・その他（　　　　）〕 | | | | | | |
| 紹介目的 | がん遺伝子パネル検査希望 | | | | | | |
| 診断名  （原発臓器） |  | | 既往歴  家族歴 | | 薬剤アレルギー（有・無） | | |
| 病状経過と  治療経過  検査所見  （別紙添付可） |  | | | | | | |
| これまでの  がん遺伝子  パネル検査の  提出状況 | □　提出したことはない  □　自費診療（　検査名：　　　　　　　　　　　　　）で提出したことがある  □　組織を用いたがん遺伝子パネル検査（保険診療）で提出したが、解析できなかった  □　その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） | | | | | | |
| 保険適用  チェックリスト | ご紹介患者様の状況について、ご記載ください  □ 標準治療が終了している  □　標準治療が終了する見込みである  □　標準治療がない固形がん（原発不明がん、希少がんなど）である  □　全身状態及び臓器機能等から、本検査施行後に化学療法の適応となる可能性が高い  □　PS　　（　０　、１、　２、　３、　４　）  **※保険適用にて検査が実施できるかどうかは、当院ゲノム外来診察医師の判断となります** | | | | | | |
| 治療の経過 | 保険適用の判断および  ゲノム医療中核拠点病院との専門家会議に必要な情報となります。  大変お手数ですが、ご記載をお願いいたします。 | | | | | | |
| レジメン | | | 投与期間 | | | レジメン変更理由 |
| ① | | | ～ | | |  |
| ② | | | ～ | | |  |
| ③ | | | ～ | | |  |
| ④ | | | ～ | | |  |
| ⑤ | | | ～ | | |  |
| ⑥ | | | ～ | | |  |
| ⑦ | | | ～ | | |  |
| ⑧ | | | ～ | | |  |
|  | | |  | | |  |
| 処方内容 |  | | | | | | |
| 検体の有無 | 有  無　：　□　腫瘍組織の採取歴がない　　　□　腫瘍組織が採取困難である | | | | | | |
| 検体がある場合、以下の内容を記載してください | | | | | | | |
| 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　） | | | | | |
| パラフィン包埋ブロック借用 | | 可　　　　　　・　　　　　不可  注）「不可」の場合は検査をお受けできません  細胞診（セルブロックを含む）では検査をお受けできません。  　　　ガラス標本で検査をご希望の場合は、当院までご相談ください。 | | | | | |

令和3年8月版