



宛先：宮城県立がんセンター 地域医療連携室  
 FAX番号 022-381-1169 地域医療連携室直通  
**がんゲノム医療外来(がん遺伝子パネル検査)予約申込書**

【発信先】

宮城県立がんセンター 地域医療連携室

〒981-1293 名取市愛島塩手字野田山47-1

TEL:022-381-5152

FAX:022-381-1169

【紹介元】

令和 年 月 日

|            |      |
|------------|------|
| 医療機関名：     |      |
| 連絡先 TEL：   |      |
| FAX：       |      |
| 診療科・医師名：   | 科 先生 |
| (連絡担当者様： ) |      |

※ 予約受付時間外(平日17時以降・土曜・日曜・祝日・年末年始)のお申込みについては、原則として翌診察日の対応となります

※ 診察ご希望の場合は「診療予約申込書」で、CT・MRI・RIご希望の場合は「画像診断予約申込書」で、ご予約お願いします

|        |   |               |            |
|--------|---|---------------|------------|
| 希望診療科  | <p>・がんゲノム医療外来(がん遺伝子パネル検査希望)</p> <p>① この申込書を地域医療連携室にFAX送信をお願いいたします</p> <p>② 申し込み後、以下の資料を地域医療連携室宛てにご送付ください<br/>         (必要様式については、ホームページからダウンロードしていただくか、当院よりFAX送信いたします)</p> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px;"> <p>・診療情報提供書(貴院書式のもの)</p> <p>・がん遺伝子パネル検査用診療情報提供書                      ・直近の採血データ</p> <p>・腫瘍の進展度を示すCT・MRI・PET-CTなどの画像データとレポート</p> <p>・病理検体・品質情報提供依頼票・病理プレパラート(2種)・病理レポート</p> </div> <p>③ 検査受診前にかんゲノム医療コーディネーターによる検査の詳細説明と、同意文書を作成するステップが別途必要です</p> |               |            |
| 受診不可の日 | <p>① 上記関係書類一式が届いてから、担当診療科医師と日程の調整を行います</p> <p>② 届いてから一週間程度を目安に、受診日を設定いたしますので、都合のつかない日にちがあればご記載ください</p>  |               |            |
| ふりがな   |   |               |            |
| 患者氏名   | 様   | 性別            | 1.男性 2.女性  |
| 生年月日   | 大正・昭和・平成・令和   | 年             | 月 日 歳      |
| 住所     | 電話 ( )  |               |            |
| 当院受診歴  | 1.有 2.無 3.不明  | 当院受診時に入院中ですか？ | 1.はい 2.いいえ |
| 備考：    |   |               |            |

\* がん遺伝子パネル検査用診療情報提供書・関係書類等の送付先  
 〒981-1293 宮城県名取市愛島塩手字野田山47-1 宮城県立がんセンター 地域医療連携室 宛  
 (簡易書留など、配達記録の残る形式でお送りください)

\* 日程の調整をさせていただいた後「ゲノム医療外来予約票」をFAXいたしますので、患者さんにお伝え願います

|                  |     |    |   |   |       |
|------------------|-----|----|---|---|-------|
| がんセンター記入欄<br>予約日 | 診療科 | 令和 | 年 | 月 | 日 ( ) |
|------------------|-----|----|---|---|-------|