



予約専用FAX/018-884-6564

秋田大学医学部附属病院

がんゲノム診療センター 宛

がん遺伝子パネル検査「予約申込書」(FAX 送付票)

申込日：令和 年 月 日

紹介元	医療機関名： _____	所属科： _____
	担当医： _____	TEL： _____
	所在地： _____	FAX： _____
本院	依頼診療科	
	診察希望日	期間： 年 月 日 ~ 月 日

患者基本情報

フリガナ		性別	生年月日
患者氏名	(旧姓)	男・女	大・昭・平・令 年 月 日 (歳)
住所	〒		
電話番号	() -		
当院受診歴	<input type="checkbox"/> なし・ <input type="checkbox"/> 不明・ <input type="checkbox"/> あり	患者ID ※	※記載不要。当院にて記載。
傷病名(主訴), 紹介目的			
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。			
来院時の状態	<input type="checkbox"/> 歩行可 ・ <input type="checkbox"/> 車イス ・ <input type="checkbox"/> ストレッチャー		

※ 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。

※ 申込書に以下の書類を添付してFAXしてください。

- ①診療情報提供書、 ②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。

※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)
- ③ CT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

担当：
秋田大学医学部附属病院
がんゲノム診療センター
TEL:018-801-7115