

医療連携室(予約専用): TEL 03-3784-8400 (月~金 8:30~18:00/土 8:30~17:00)
FAX 03-3784-8822 (24時間受付)

西暦 年 月 日

患者情報提供書①
(がん遺伝子プロファイリング検査専用)

紹介先医療機関・診療科

昭和大学病院

医療連携室 宛(がんゲノム医療センター がんゲノム外来)

(がん遺伝子プロファイリング検査)

紹介元医療機関:

住所:

診療科名

紹介医師名:

電話番号:

FAX番号:

予約日時連絡先(担当者):

下記患者が、がん遺伝子プロファイリング検査を希望しておりますので、紹介いたします。

患者氏名(ふりがな):	緊急時連絡先(携帯電話番号など):		
生年月日: 年 月 日(歳)	性別: 男 ・ 女		
現住所: 〒			
緊急連絡先(本人以外): 〒			
当院の受診は初めてですか	はい ・ いいえ	受付時身分証コピー	<input type="checkbox"/> 同意します
当院では、保険適用となるがん遺伝子プロファイリング検査(NCC オンコパネル、Foundation one CDx)を提出できます。以下を満たす場合に対象となります。確認し、 <input checked="" type="checkbox"/> をお願いします。			
<input type="checkbox"/> 悪性固形腫瘍と診断されている			
<input type="checkbox"/> 治癒切除不能または再発病変を有する			
<input type="checkbox"/> 確立された標準治療がないあるいは <input type="checkbox"/> 標準治療が終了している(終了見込みを含む)			
<input type="checkbox"/> 全身状態が保たれている(PS が0または1である)			
<input type="checkbox"/> 検査実施から、概ね 3 か月後に外来通院および化学療法実施可能な全身状態であると予測される			
詳しい検査説明は当院で行いますが、以下の内容をあらかじめ患者さんにお伝えください。			
<input type="checkbox"/> 検査費用は 56 万円で、自己負担割合に応じて負担いただくこと(3割負担で 168000 円、高額療養費制度の適用あり)			
<input type="checkbox"/> 病理検体の状態により、検査不能な可能性があること			
<input type="checkbox"/> これまでの実績から、検査結果に基づいた新たな治療を受けることができたのは 10~15%であること			
<input type="checkbox"/> 検査の結果、遺伝子変異が見つからない場合や、新たな治療の提案がない場合でも、検査費用を負担いただくこと			

【当外来は完全予約制です】

- ① 事前にご来院前にがんゲノム医療センター 問い合わせ窓口(smuh-genome@ofc.showa-u.ac.jp)までメールにてご連絡ください。
- ② 事前にご来院前にこの用紙とともに、以下の書類を郵送してください。(書式は当院ホームページよりダウンロードしてください。)

送付先: 昭和大学病院 医療連携室 宛

- 診療情報提供書(様式自由)
- 患者情報提供書(本様式)
- 病理組織検体(別途チェックシート参照)
- 病理組織レポート※リキッドバイオプシーを希望の場合も必須
- 直近の採血結果・CT 画像

- ③ 予約日を医療機関にご連絡いたしますので、ご本人にお伝えください。