

予約専用 TEL : 045-949-7489
FAX : 045-949-7137

西暦 年 月 日

紹介状(診療情報提供書) —がんゲノム外来専用—

紹介先医療機関・診療科

昭和大学横浜市北部病院
臨床遺伝・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:
医療機関名:
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: 西暦 年 月 日 (歳) 男・女	
臨床診断(がん種)	病理診断 (TNM分類: Stage)
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 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 電話、FAX、またはメールフォームにて、医療機関から「がんゲノム外来」の予約をおとりください。予約日は、医療機関にご連絡します。
- ② 来院当日は、この用紙とともに、以下の書類をご用意ください。(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。) 事前に郵送も可能です。(送付先: 昭和大学横浜市北部病院 臨床遺伝・ゲノム医療センター がんゲノム外来 宛)
 1. 患者基本情報提供用紙
 2. 化学療法情報提供用紙
 3. 検査提出用の病理標本および貴院の病理診断書コピー(チェックリスト参照のこと)
 4. 直近の採血結果・CT 画像