＜**がんゲノム医療外来**＞診療依頼ＦＡＸ用紙

　　　　　　　　　　　年　　　月　　　日

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 医療機関名  FAX No：087-802-1160  送付先：  香川県立中央病院 地域連携室  医師名  電話番号  FAX番号 | |  | | |
| フリガナ | | | 性　別 | 生 年  月 日 | 明・大  昭・平　　　　年　　　　月　　　　日 | | | |
| 患者氏名 | | | 男・女 |
| (旧姓) |  | | 年齢 | 歳 |
| 住　所　〒  ＴＥＬ　　　（　　　　　） | | | | | | | | |
| 中央病院の受診歴 | | □　有 　　□　無 | | | | | | |
|  | 目　　的 | □　治療抵抗性　　　　□　原発不明がん □　稀少がん  □　その他（ ） | | | | | | |
|  | 病　　名 |  | | | | | | |
|  | 病理標本 | □　ホルマリン固定パラフィン包埋（FFPE）標本  　　　10μmの厚さで18枚（DNA抽出用）+ 4μmの厚さで７枚程度（病理診断用）  □　ブロック  当院でスライド作成後、残りは返却   * その他   　（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）   * なし   　生検可能部位　　□　有　　　□　無 | | | | | | |

・　当院の臓器別担当医の受診後、がんゲノム医療外来受診の可否についてお知らせします。また受診可能な場合、受診日については、がんゲノム医療外来の予約手続き完了後、患者さん及び紹介いただいた医療機関にご連絡します。

・　ＦＡＸ受付時間　　平日（土日祝・年末年始を除く｡）８：３０～１７：００

・　診療情報提供書は本用紙と一緒にFAX送信いただくか、臓器別担当医受診の際に患者さんがご持参ください。

・　病理標本は臓器別担当医受診時に患者さんがご持参頂くか、医療機関からの郵送等で臓器別担当医受診時までにご提供ください。

* がん遺伝相談外来については受診希望者から当院へ直接お電話でお申込みいただくこととなります。

お問い合せ先：香川県立中央病院　地域連携室　紹介患者予約担当

電話番号087-802-1144（直通）　087-811-3333（内線2200）