

医療機関用

がん遺伝子パネル検査目的の当院受診について

貴院の患者さんが当院でがん遺伝子パネル検査を希望される場合は、以下の手続きをお願いいたします。
なお、当院では、個人の患者さんからのがん遺伝子パネル検査目的の予約は受け付けておりません。必ず医療機関を通してご予約ください。

ご紹介にあたって留意いただきたいこと

当院でがん遺伝子パネル検査が実施可能な患者さんは、標準治療がない固形がん患者、または局所進行もしくは転移が認められ標準治療が終了（見込みを含む）した固形がん患者で、全身状態・臓器機能などから、検査後（検査オーダーから約2か月後）に薬物療法の適応となる可能性が高いと判断した患者です。

がん遺伝子パネル検査は、検査結果が出るまでに4-6週間かかります。そのため、下記に該当する場合は適応外となる可能性が高いことを患者さんにご説明ください。

<input type="checkbox"/>	PSが3以上である。
<input type="checkbox"/>	3-4回程度の当院への通院が困難である。
<input type="checkbox"/>	生命予後が1-2か月程度である。
<input type="checkbox"/>	がん遺伝子パネル検査実施1.5~2か月後に造血能や臓器機能確保が困難と予想される。

必要な書類等

紹介元の医療機関にて、下記の1から7に示す書類と、8の腫瘍検体をご用意ください。

1. 市立青梅総合医療センター がんゲノム医療初診 FAX 予約申込書（本紙）
2. 市立青梅総合医療センター がんゲノム医療初診予約票
3. 診療情報提供書（書式自由）
4. 検査結果のコピー（血液検査、画像検査など）
5. 臨床情報提供書（エキスパートパネル開催前の臨床情報）
6. 臨床情報提供書（エキスパートパネル開催前の薬物療法と有害事象）
7. 病理診断書のコピー ※
8. 病理検体（詳細は「病理検体提出のお願い」を参照ください）※

※血液を検体とするがん遺伝子パネル検査を希望する場合は、診療情報提供書にその旨を記載してください。

予約方法

1. 「市立青梅総合医療センター がんゲノム医療初診 FAX 予約申込書」（本紙）と「診療情報提供書（書式自由）」の2点を医療機関から当院地域医療連携室までFAX送付してください。

宛先：市立青梅総合医療センター 地域医療連携室 FAX：0428-25-1854

2. 当院地域医療連携室で各診療科初診外来の予約をお取りします。
3. 外来日決定後、貴院へ「市立青梅総合医療センター がんゲノム医療初診予約票」をお送りします。
4. 初診日までに上記2から8をすべてご準備の上、患者さんが来院時に持参してください。

※書類や検体に不備がある場合、がん遺伝子パネル検査の開始が遅れることがありますのでご注意ください。

受診時に必要な書類等のご案内

患者さんは当院初診受診時に以下のものをお持ちください

がん遺伝子パネル 検査目的で当院外 来受診の場合	<input type="checkbox"/> がんゲノム医療初診予約票 ※外来日決定後、お送りします。
	<input type="checkbox"/> 診療情報提供書（原本）
	<input type="checkbox"/> 検査結果のコピー（血液検査、画像検査など）
	<input type="checkbox"/> 病理診断書のコピー
	<input type="checkbox"/> 臨床情報提供書（エキスパートパネル開催前の臨床情報） （エキスパートパネル開催前の薬物療法と有害事象）
	<input type="checkbox"/> 病理検体 未染標本 または パラフィンブロック ※「病理検体 提出のお願い」を参照の上、ご準備ください

問い合わせ窓口

■医療機関からの予約に関するお問い合わせ：

市立青梅総合医療センター 地域医療連携室

TEL：0428-22-3191

受付時間 月～金 8:30～17:00（祝日・年末年始を除く）

■患者さんからのお問い合わせ

市立青梅総合医療センター がん相談支援センター

TEL：0428-22-3191

受付時間 月～金 8:30～17:00（祝日・年末年始を除く）

市立青梅総合医療センター がんゲノム医療初診 FAX 予約申込書

宛先：市立青梅総合医療センター 地域医療連携室

FAX：0428-25-1854

※本申込書と診療情報提供書（書式自由）を上記宛先に FAX 送付してください。

なお、個人情報を送信できない場合は、可能な部分を記載し、送信後に電話にてご連絡ください。

受診者情報			
フリガナ 患者氏名		年齢 生年 月日	歳 <input type="checkbox"/> 大 <input type="checkbox"/> 昭 <input type="checkbox"/> 平 <input type="checkbox"/> 令 年 月 日
住所	(男・女)		
電話番号 当院受診歴	① <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 不明 <input type="checkbox"/> あり → ② 診察券の番号()		
病名			
原発臓器 (科名)	消化器内科： <input type="checkbox"/> 食道 <input type="checkbox"/> 胃 <input type="checkbox"/> 十二指腸小腸 <input type="checkbox"/> 結腸直腸肛門 <input type="checkbox"/> 肝胆膵		
	呼吸器内科： <input type="checkbox"/> 肺縦隔胸膜 産婦人科： <input type="checkbox"/> 子宮卵巣		
	泌尿器科： <input type="checkbox"/> 泌尿器 耳鼻咽喉科・頭頸部外科： <input type="checkbox"/> 頭頸部 <input type="checkbox"/> 甲状腺		
	※上記以外のがんには対応していません		
保険情報（※）			
保険者番号		被保険者氏名	<input type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> 家族
記号・番号			
資格取得年月日		公費負担者番号	
有効期限		公費受給者番号	
予約希望情報			
予約希望	<input type="checkbox"/> いつでも良い <input type="checkbox"/> 希望あり（希望日： ） ※予約日時に関してはご希望に沿えない場合がございますので、予めご了承ください。		
	<input type="checkbox"/> 受診できない日：		
紹介元情報・予約日時の連絡方法			
医療機関名			
住所			
医師名	(診療科・氏名)		
電話			
FAX			
予約担当者	(部署・氏名)		

※保険情報は上記、保険情報欄にご記入いただくか、資格確認書のコピーを FAX してください。

第二公費をお持ちの場合は医療券のコピーも FAX してください。