

# 〈がんゲノム検査外来〉

## 診療申込書

年 月 日

送付先：  
熊本大学病院 医療サービス課  
FAX：096-373-5828

医療機関名  
医師名  
電話番号  
FAX番号

フリガナ	性別	生年月日	明・大	年	月	日
患者氏名	男・女	(旧姓)	昭・平	年	月	日
住所 〒						
TEL ( )						
熊大病院の受診歴	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無					
目的	<input type="checkbox"/> 治療抵抗性 <input type="checkbox"/> 原発不明がん <input type="checkbox"/> 稀少がん <input type="checkbox"/> その他 ( )					
病名						
PS	<input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 * PS (Performance Status) が 0～1 の方のみ、検査の対象となっております。					
病理標本	<input type="checkbox"/> ホルマリン固定パラフィン包埋 (FFPE) 切片標本 <input type="checkbox"/> ブロック 当院でスライド作成後、残りを返却いたします。 <input type="checkbox"/> その他 ( ) <input type="checkbox"/> なし 生検可能部位 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無					
希望受診日	第一希望 年 月 日 ( ) 第二希望 年 月 日 ( )					

- ・ がんゲノム検査外来は原則として週1回木曜日午前中の予約診療となっています。
- ・ 受診日については予約手続き完了後、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送信いただくか、受診の際にご持参下さい。

お問い合わせ先：熊本大学病院 医療サービス課  
電話番号 096-373-5643（直通）