

# 〈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 昭・平		
患者氏名	男・女	(旧姓)	年	月	日
			年齢	歳	

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	
----	--

P S	<input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <small>* P S (Performance Status) が 0～1 の方のみ、検査の対象となっております。</small>
-----	---

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）