

〈がんゲノム検査外来〉

診療申込書（院内用）

_____年 ____月 ____日

送付先：
医療サービス課
FAX：096-373-5828

		診 療 科			
		医 師 名			
		PHS・内線番号			
フリガナ	性 別	生 年	明・大		
患者氏名	男・女	月 日	昭・平	年	月 日
		(旧姓)		年齢	歳
住 所 〒					
TEL ()					
熊大病院 ID					
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 * P S (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"/> 当院にて作成 <input type="checkbox"/> 他院にて作成) <input type="checkbox"/> ブロック (<input type="checkbox"/> 当院にて作成 <input type="checkbox"/> 他院にて作成) 他院より取り寄せた標本は、検査用標本作成後返却します。 <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。

お問い合わせ先：医療サービス課
内線番号 5643