FAX 送信先：小田原市立総合医療センター 患者サポートセンター	FAX：0465-35-2524 TEL：0465-34-3175 C-CAT 登録シート送付先メール：cgp@odawara-hp.jp

がん遺伝子パネル検査予約申込書

他院で治療中の患者さんについて、医療機関からお申し込みください。必要事項をご記入のうえ、予約申込書、診療情報提供書、病理組織検体情報提供書等を FAX で送信してください。C-CAT 登録シートは専用メールアドレスへ送付してください。受入可否および検査の適否は、提出資料、病理組織検体および診察内容を踏まえて当院で判断します。必要書類は、当院ホームページからダウンロードできます。

病理組織検体は、申込時に必要書類と併せて当院指定の送付先へ発送してください。C-CAT 登録シートは検体に同封せず、専用メールアドレスへ送付してください。

該当箇所にチェックし、空欄へ必要事項をご記入ください。

受診者情報

患者氏名（ふりがな）	（　　）	**性別**	□ 男　□ 女 □ その他	**生年月日（西暦）**	年　月　日
住所	〒				
電話番号	①　　②				
当院受診歴	□ なし　□ あり　→ 患者 ID（　　）				
病名・原発部位					
再発・転移	再発：□ なし □ あり（　　）　転移：□ なし □ あり（　　）				
検査可能な受診者の状態※	□PSが0－1である。 □1か月につき 1－2 回程度の当院への通院が可能である □生命予後が3か月以上見込める。 □パネル検査実施2か月後に外来通院が可能、かつ、化学療法の実施が可能であると見込める。 どちらかをチェック：□既存の組織検体がある。／□組織検体が採取不可、量不足、品質不良であり、血液のみのリキッド検査を希望する。 □現在外来通院中である。				

※がんゲノム検査（遺伝子パネル検査）は、検査結果が出るまでに 4 週間から 6 週間かかり、それ以降で、該当症例はがん薬物療法開始となります。がんゲノム検査（遺伝子パネル検査）を実施する上で、受診者が必要な状態を満たしていることを確認いただいた上でお申し込みください。

予約希望情報

希望曜日	曜日　□月曜日　□火曜日　□水曜日　□木曜日　□金曜日
希望時間	時間　□11：00～　□13:00～

紹介元情報および予約日時の連絡先

医療機関名		**診療科**	
担当医師		**医療連携担当者**	
TEL		**回答先 FAX**	
申込日	西暦　　年　月　日		

予約日確定後、当院から FAX でご連絡します。個人情報を FAX 送信できない場合は、送信可能な範囲を記載し、送信後にお電話ください。

小田原市立総合医療センター
患者サポートセンター
TEL：0465-34-3175