**診療情報提供書（診療申込書）**

ＦＡＸ送付先　福井県立病院地域医療連携推進室　0776－57－2901

|  |
| --- |
| 患　　　　　者 |
| ふりがな |  |
| 氏名 | 　　　　　　　　　　　　　　男・女　 |
| 生年月日 | M・T・S・H・R年　　月　　日（　　　）才 |
| 住所 |  |
| 電話 |  |
| 福井県立病院の来院歴 | 　　　有　　　　無 |

医療機関名

医師名

電話

Fax

|  |  |
| --- | --- |
| 外来診察 | 希望日時 |
| 年　　月　　日（月または水） |
| 希望担当医 |
| 　　　遺伝診療　科　　　がんゲノム外来担当　　医師 |
| 検査 | 検査名 |
| がん遺伝子パネル検査 |
|  |
|  |

|  |  |
| --- | --- |
| 記号 | 番号 |
| 被保険者氏名 |
| 資格取得年月日 |
| 保険者番号 |
| 高齢者受給者番号 |
| 公費負担医療の受給者番号 |

■がん遺伝子パネル検査を受ける疾患名：

　　ほかの合併症：

■紹介目的：（　）標準治療がない固形癌患者の遺伝子パネル検査

（　）標準治療が終了（見込み）の固形癌患者の遺伝子パネル検査

（　）その他（　　　　　　　　　　　）※保険適応では無い可能性があります

■既往症

■現在のperformance status(PS:0-4): 　　■おおよその予後：　　ヶ月・不明

■手術・生検情報

（手術・生検情報を詳細にご記入ください。）

■現在、入院中・通院中（どちらかに〇。本検査は当院外来で行うため、入院中の方は一時的に退院していただく必要がございます。）

■現在の処方

１３

１３

　　　　　　　　　　　　　14