

# がんゲノム医療外来受診 チェックシート

## FAX 用紙

相良病院 がんゲノム医療外来 担当者 行き  
FAX 番号：099-219-3578

ご紹介元施設名		ご担当医師名			
受診希望者の氏名		生年月日			
		西暦	年	月	日
		才			
診断名					
再発転移部位					
現在の治療 内容(薬剤名)					
下記のチェック項目に✓をお願い致します。					
<input type="checkbox"/> がんの病理診断（乳がん）が確定している					
<input type="checkbox"/> 遺伝子パネル検査に使用可能な病理組織がある					
<input type="checkbox"/> BRACAnalysis 検査施行済み					
<input type="checkbox"/> MSI 検査施行済み					
<input type="checkbox"/> 標準治療終了または終了間近である					
<input type="checkbox"/> PS (Performance Status) 0～1 である					
<input type="checkbox"/> 臨床的に約2か月後に新たながん治療を行うことが可能と推測できる					
記入日 年 月 日					

\* 近日中にご予約に関してお電話を差し上げます。