

診療（検査）依頼書

西暦 年 月 日

静岡県立静岡がんセンター 診療科 医師名	科	所在地及び 医療機関名	
	先生	電話 / F A X	
		E メール	
		診療科・医師名	

フリガナ				性別	<input type="checkbox"/> 男	
氏名					<input type="checkbox"/> 女	
生年月日	西暦	年	月	日	年齢	歳
疾患名						
病期 (stage) / P S	/ 0 ・ 1 ・ 2 ・ 3 ・ 4					
がん遺伝子パネル検査 対象理由	<input type="checkbox"/> 標準治療がない固形がん患者 <input type="checkbox"/> 局所進行若しくは転移が認められ標準治療が終了(終了見込)となった固形がん患者 <input type="checkbox"/> 上記であって、本検査施行後に化学療法への適応となる可能性が高いと主治医が判断した場合(関連学会のガイドライン等に基づき、全身状態及び臓器機能も含め判断すること)					
希望する がん遺伝子パネル検査	<input type="checkbox"/> FoundationOne [®] CDx <input type="checkbox"/> OncoGuide NCC オンコパネル システム <input type="checkbox"/> いずれも可					
病理検体の有無 (ゲノム検査に使用)	<input type="checkbox"/> 無 / <input type="checkbox"/> 有 → 「検体情報チェックリスト」を一緒にご提出ください					
病状経過 及び 治療経過 (通常の診療情報提供書でも可)						
既往歴						
家族のがん罹患歴	<input type="checkbox"/> 無 / <input type="checkbox"/> 有 / <input type="checkbox"/> 不明					
現在の治療内容、処方内容 (コピーでも可)						
今後の治療方針 (わかる範囲で)						
検査と 画像データ (必須資料)	<input type="checkbox"/> 病理診断報告書 <input type="checkbox"/> 画像診断の結果(初診時と現在のもの) <input type="checkbox"/> 最新の採血結果					
特記事項						