**医療機関用**

**がん遺伝子パネル検査目的の当院受診について**

貴院の患者さんが当院でのがん遺伝子パネル検査を希望される場合、以下の手続きをお願いいたします。なお、当院では、個人の患者さんからのがん遺伝子パネル検査目的の予約は受け付けておりません、必ず医療機関を通してご予約ください。

**必要な書類等**

紹介元の医療機関にて、下記の1.から6.に示す書類と、7.の腫瘍検体をご用意ください。

1. 埼玉医科大学国際医療センター　がんゲノム医療初診FAX予約申込書（当院書式①）
2. 診療情報提供書（様式自由）
3. 検査結果コピーおよび画像検査コピー
4. 臨床情報提供書（エキスパートパネル開催前の臨床情報）（当院書式②）
5. 臨床情報提供書（エキスパートパネル開催前の薬物療法と有害事象）（当院書式③）
6. 病理診断書（コピー）
7. 病理検体（詳細は「病理検体提出のお願い」を参照ください）

**予約方法**

1. 「埼玉医科大学国際医療センター　がんゲノム医療初診FAX予約申込書（当院書式①）」と「診療情報提供書（様式自由）」　の２点を医療機関から当院地域医療連携室までFAX送付してください。  
   宛先：埼玉医科大学国際医療センター　地域医療連携室　FAX 042-984-4740  
   なお、FAXが難しい場合は、「地域医療連携室」宛で郵送での予約申込も承ります。
2. 当院地域医療連携室で各診療科初診外来の予約をお取りします。
3. 外来日決定後、２営業日以内に予約票を返信します。
4. 初診日までに上記2.から7.をすべてご準備の上、患者さんが来院時に持参してください。  
   ※書類や検体に不備がありますとがん遺伝子パネル検査の開始が遅れることがありますのでご注意ください。

**ご紹介にあたって留意いただきたいこと**

1. がん遺伝子パネル検査は、検査結果が出るまでに4－6週かかり、その後、推奨治療法が存在する場合などの該当症例はがん薬物療法が開始されます。
2. がん遺伝子パネル検査を実施する上で、下記に該当する場合は適応外となる可能性が高いことを患者さんにご説明ください。

|  |
| --- |
| * PSが3以上である。 |
| * 1か月につき2−4回程度の当院への定期通院が困難である。 |
| * 生命予後が1-2ヶ月程度である。 |
| * がん遺伝子パネル検査実施1.5～2カ月後に造血能や臓器機能確保が困難と予想される。 |
| * 経口摂取が困難である。 |
| * 既存の組織検体がなく、今後も採取することが難しい。 |

**当院書式①**

**埼玉医科大学国際医療センター　がんゲノム医療初診FAX予約申込書**

**宛先：埼玉医科大学国際医療センター　地域医療連携室**

**FAX 　042-984-4740**

※本申込書（当院書式①1枚のみ）と　診療情報提供書（書式自由）を上記宛先にFAX送付してください。なお、個人情報を送信できない場合は、可能な部分を記載し、送信後に電話にてご連絡ください。

※☐は、それぞれいずれか１つにチェック☑をしてください。

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **受診者情報** | | | | | | | | | | | | |
| フリガナ | （ 男 ・ 女 ） | | | | 年齢 | | | | 歳 | | | |
| 患者氏名 | 生年月日 | | | | S・H・R | 年 | 月 | 日 |
| 電話番号 |  | |  | | | | |  | | | | |
| 当院受診歴 | □なし | □あり | | → | | 診察券の番号（ | | | |  |  | ） |
| 病名 |  | | 貴院受診状況 | | | | □外来通院中  □入院中→セカンドオピニオンになります | | | | | |
| 原発  臓器 | □食道　□胃　□十二指腸小腸　□結腸直腸肛門　□肝胆膵　□頭頚部　□肺縦隔  □乳腺　　□子宮卵巣　□骨軟部　□小児　□脳脊髄　□皮膚　□甲状腺  □泌尿器　□その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） | | | | | | | | | | | |
| **予約希望情報** | | | | | | | | | | | | |
| 予約希望 | * いつでも良い　　□希望あり（希望日：　　　　　　　　　　　　　　　　　　）   ※予約日時に関してはご希望に沿えない場合がございますので、予めご了承ください。 | | | | | | | | | | | |
| □　受診できない日： | | | | | | | | | | | |
| **紹介元情報・予約日時の連絡方法** | | | | | | | | | | | | |
| （送信元）  医療機関名 |  | | | | | | | | | | | |
| 医療連携　　　ご担当者様 |  | | | | | | | | | | | |
| 直通ＴＥＬ  (医療連携室等) |  | | | | | | | | | | | |
| ＦＡＸ |  | | | | | | | | | | | |
| ご担当医 | （医師名・診療科） | | | | | | | | | | | |
| 貴院への連絡方法 | 予約日を確定後、2営業日以内にＦＡＸにて予約票を送付致します。 | | | | | | | | | | | |

お電話でのご連絡、予約に関するお問い合わせは下記へお願いします。

**埼玉医科大学国際医療センター地域医療連携室** **TEL：042-984-4433**　受付時間 月～土 8:30～17:00 （祝日・年末年始を除く）

**受診時に必要な書類等のご案内**

患者さんの当院初診受診時に以下のものをお持ちください

|  |  |
| --- | --- |
| がん遺伝子パネル検査目的当院外来受診の場合 | * 診療情報提供書 |
| * 診療資料（実施された画像検査や血液検査など） |
| * 病理診断書のコピー |
| * 臨床情報提供書（エキスパートパネル開催前の臨床情報） 　　　　　　　（エキスパートパネル開催前の薬物療法と有害事象） |
| * 病理検体　未染標本　または　パラフィンブロック   ※「病理検体　提出のお願い」を参照の上、ご準備ください |

**問い合わせ窓口**

医療機関からの予約に関するお問い合わせは：

埼玉医科大学国際医療センター　地域医療連携室

TEL：042-984-4433　受付時間 月～土 8:30～17:00 （祝日・年末年始を除く）

医療機関からの検査に関するお問い合わせは：

埼玉医科大学国際医療センター　がんゲノム医療センター

TEL：042-984-4532　受付時間 月～金 9:00～17:00 （祝日・年末年始を除く）

患者さんからのお問い合わせは：

埼玉医科大学国際医療センター　がん相談支援センター

TEL：042-984-4329　受付時間 月～土 8:30～17:00 （祝日・年末年始を除く）