（新潟大学医歯学総合病院がん遺伝子外来）

## 紹介状・診療情報提供書

新潟大学医歯学総合病院

がん遺伝子外来 担当先生御机下

紹介医療機関の名称・所在地

医 療 機 関 名 ： 医 師 名： ㊞電 話 ： （ ）

F A X 番 号: （ ）

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 患者の住所・氏名・性別・生年月日・連絡先 | | | 〒 ：  住所： | | | |
| ふりがな  氏名： 男・女 | | | |
| 大正・昭和・平成 年 月 日生（ 歳） | | | |
| 電話番号： （ ） FAX： （ ） | | | |
| 新潟大学医歯学総合病院  受 診 歴 | | | 有（受診券ID： －　 －　　 ） ・ 無 ・ 不 明 | | | |
| が | ん | 種 |  | | | |
| 既往歴及び家族歴等 | | |  | | | |
| 現 | 在 の P | S | □0 □1 □その他（ ） | | | |
| 喫 | 煙 | 歴 | □無 □有（現在禁煙） □有（喫煙中）喫煙量 本 × | | 年 |  |
| 手 | 術 | 歴 |  | | | |
| 化 | 学 療 法 | 歴 |  | | | |
| 放 | 射　 線 療 法 | 歴 |  | | | |
| 遠 | 隔 転 | 移 |  | | | |
| 検体情報 | | | | | | |
| 病理検体の有無 | | | □有（□FFPE □凍結保存検体） □無 | | | |
| 組織採取年月日 | | |  | 病理番号 |  | |
| 検体種別 | | | □手術検体 □生検検体 | 採取部位（臓器） |  | |
| 固定液 | | | ホルマリン（□中性緩衝 □非緩衝） □不明 | | | |
| 固定濃度 | | | □10％ □15％ □20％ □その他（ | | ） | □不明 |
| 固定時間 | | | □6～48時間 □48時間～72時間 □その他（ | | ） | □不明 |
| 組織面積 | | | （例：5mm×8mm） | |  |  |
| 腫瘍含有量(％) | | | ％　 ※貴院の病理部にご確認ください。 | |  |  |
| * 腫瘍組織検体が無いため、FouｎdationOne Liquidを希望 | | | | | | |

※用紙が不足する場合には、別紙でも差し支え有りません。