（新潟大学医歯学総合病院がん遺伝子外来）

##  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: （ ）

**【申し込みに必要な書類】**

**①がん遺伝子外来申込書（がん遺伝子外来HPからダウンロードして下さい）**

**②情報提供書（当用紙）**

**③貴院書式の診療情報提供書**

**④エキスパートパネルレポート（がん遺伝子外来HPからダウンロードして下さい）**

**以上を揃えてお申込み下さい**

|  |  |
| --- | --- |
| 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・令和　　 年 月 日生　（ 歳） |
| 電話番号： 　 　（　 　　 ）  |
| 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 |  |
| 現在のPS | □0 □1　　　　 □その他（　　　　　　 　　　 ） |
| **検体情報****組織でのCGP検査をご検討されている場合、必要な情報になりますので、必ずご記入下さい。****貴院に病理部が無い場合は、可能な範囲でご記入下さい。** |
| 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、血液でのCGP検査を希望
 |