

愛媛大学医学部附属病院 がんゲノム検査外来診療情報提供書

西暦 年 月 日

担当医 (結果の返却・連絡先)	医療機関名			
	住所	〒		
	診療科名			
	医師名			
	電話		FAX	

フリガナ				性別	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	
氏名						
生年月日	西暦	年	月	日	年齢	歳
疾患名						
病期 (stage)						
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						
がん遺伝子検査の実施歴	<input type="checkbox"/> 無 / <input type="checkbox"/> 有	検査結果:				
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)						
患者理解度						
患者のPS	0・1・2・3・4					
キーパーソン 氏名(続柄)						
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						