# **国立がん研究センター中央病院　がんゲノム診療　初診/セカンドオピニオン　取得事前チェックリスト**

ゲノム検査（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、それ以降で、該当症例はがん薬物療法が開始されます。ゲノム検査（遺伝子パネル検査）を実施する上で、**下記を☑していただき、該当する予約を取得して下さい**。

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | はい | いいえ |
| 現在PSが0-2である。 | □ | □ |
| 1か月につき2−4回程度の当院への定期通院が可能である。 | □ | □ |
| 生命予後が３ヶ月以上あると推定される。 | □ | □ |
| パネル検査実施1.5～2カ月後に造血能や臓器機能が維持され化学療法が可能である。 | □ | □ |
| 経口摂取が可能である。 | □ | □ |
| 既存の組織検体あり、または、今後も採取することができる。 | □ | □ |

ゲノム初診予約可能

一つでも☑があればセカンドオピニオンでゆっくり相談することをお勧めします

受診時に必要な書類のご案内

|  |  |
| --- | --- |
| 遺伝子パネル検査未実施の場合 | □診療情報提供書 |
| □資料（実施された画像検査や血液検査など） |
| □診断に用いた病理標本 |
| □病理診断書のコピー |
| □剥離防止スライドグラス未染5μm25枚（4ページ目の｢がん遺伝子パネル検査用病理検体準備のお願い｣を必ず参照の上、ご準備ください） |

|  |  |
| --- | --- |
| 遺伝子パネル検査実施済みの場合  | □診療情報提供書 |
| □資料（実施された画像検査や血液検査など） |
| □遺伝子パネル検査結果（右記の資料すべて） | □エキスパートパネルでの検討結果が分かる資料 (レポートやそれに相当するもの) |
| □検査会社から返却される検査結果報告書のすべてのコピー　例: NCCオンコパネル　　・Sequencing Report・サマリーレポート |
| □C-CAT調査結果 (C-CAT登録症例で提供可能な時) のコピー |

# 国立がん研究センター 中央病院がんゲノム初診FAX予約申込書

※☐は、それぞれいずれか１つにチェック☑をしてください。

|  |
| --- |
| ゲノム検査（遺伝子パネル検査）の実施について□未だ実施していません　⇒近隣のがんゲノム医療連携・拠点病院（最終頁にあります）でパネル検査を受けてください□実施して結果があります　⇒前頁の☑に従って初診またはセカンドオピニオンを取得してください　　□実施しましたが結果は未です　⇒結果とともに受診をしてください |

＊通常の初診、セカンドオピニオンは予約センターを通じてご予約ください。**入院中の受診はセカンドオピニオンになりますのでご注意ください。**（電話番号は最下段）

|  |
| --- |
| 受診者情報 |
| フリガナ | （ 男 ・ 女 ） | 年齢 | 歳 |
| 患者氏名 | 生年月日 | 西暦 | 年 | 月 | 日 |
| 居住地 | 　　　　　　　　　都道府県　　　　　　　　　　　　　　　　区市郡 |
| 電話番号 |  |  |  |
| 当センター　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　□肺縦郭　　　　□乳腺　　□子宮卵巣　□骨軟部　□小児　□脳脊髄　□皮膚　□甲状腺　□眼　□泌尿器　□その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） |
| ※泌尿器・後腹膜科へのご紹介は診療情報提供書も一緒にFAXしてください |
| 予約希望情報 |
| 予約希望 | * 診療科　※院内の都合により、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。

□特定の希望なし　□希望あり　（診療科：　　　　　　　　　　　　　　） |
| * 予約日　※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。

□いつでも良い　□希望あり　（希望日：　　　　　　　　　　　　　　　） |
| 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) |  |
| 回答先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。 |

**本申込書**を**予約センター**にFAXしてください。**FAX 0120-489-512（24時間受信可）**

個人情報を送信できない場合は、可能な部分を記載し、送信後に下記へご連絡ください。また、予約に関するお問い合わせも下記へお願いいたします。

予約センター連絡先 TEL：**03-3547-5130（10時～16時 土日祝日、年末年始を除く）**



がん遺伝子パネル検査用病理検体準備のお願い

診断に用いた貴院の病理組織標本

剥離防止スライドガラス

未染　５μm　25枚

貴院病理診断書のコピー

**国立がん研究センター中央病院と連携する**

**がんゲノム医療連携病院・拠点病院**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 連携病院名 | 連絡先 |  | 連携病院名 | 連絡先 |
| 青森県立中央病院 | 〒030-8553 青森県青森市東造道2丁目1-1 |  | 名古屋市立大学病院 | 〒467-0001 愛知県名古屋市瑞穂区瑞穂町川澄１ |
| 電話：017-726-8111  |  | 電話：052-851-5511 |
| 栃木県立がんセンター | 〒320-0834 栃木県宇都宮市陽南４丁目９−１３ |  | 京都府立医科大学附属病院 | 〒602-0841 京都府京都市上京区広小路上 梶井465 河原町通り |
| 電話：028-658-5151 |  | 電話：075−251−5111 |
| 群馬県立がんセンター | 〒373-0828 群馬県太田市高林西町６１７−１ |  |  |  |
| 電話：0276-38-0771 |  |  |
| 千葉大学医学部附属病院 | 〒260-8677 千葉県千葉市中央区亥鼻１丁目８−１ |  |  |  |  |  |
| 電話：043-222-7171 |  | 拠点病院名 | 連絡先 |
| 順天堂大学医学部附属順天堂医院 | 〒113-8431 東京都文京区本郷３丁目１−３ |  | 埼玉医科大学国際医療センター | 〒350-1298 埼玉県日高市山根１３９７−１ |
| 電話：03-3813-3111 |  | 電話：042-984-4111 |
| 日本医科大学付属病院 | 〒113-8603東京都文京区千駄木1-1-5 |  | 国立成育医療研究センター | 〒157-8535 東京都世田谷区大蔵2-10-1 |
| 電話：03-3822-2131 |  | 電話：03-3416-0181 |
| 東京慈恵会医科大学附属病院 | 〒105-8471 東京都港区西新橋3-19-18 |  | 東京医科歯科大学医学部附属病院 | 〒113-8519 東京都文京区湯島１丁目５−４５ |
| 電話：03-3433-1111 |  | 電話：03-3813-6111 |
| 聖路加国際病院 | 〒104-8560 東京都中央区明石町９−１ |  | 東京都立駒込病院 | 〒113-0021 東京都文京区本駒込３丁目１８ |
| 電話：03−3541−5151 |  | 電話：03-3823-2101 |
| 武蔵野赤十字病院 | 〒180-8610 東京都武蔵野市境南町１丁目２６−１ |  | 神奈川県立がんセンター | 〒241-8515 神奈川県横浜市旭区中尾２丁目３−２ |
| 電話：0422-32-3111 |  | 電話：045-520-2222 |
| 国立国際医療研究センター病院 | 〒162-8655 東京都新宿区戸山1-21-1 |  | 静岡県立静岡がんセンター | 〒411-0934 静岡県駿東郡長泉町下長窪１００７ |
| 電話：03−3202−7181 |  | 電話：055−989−5222 |
| 横浜市立市民病院 | 〒240-8555 神奈川県横浜市保土ケ谷区岡沢町５6番地 |  | 神戸大学医学部附属病院 | 〒650-0017 兵庫県神戸市中央区楠町７丁目５−２ |
| 電話：045-331-1961  |  | 電話：078-382-5111 |
| 富山県立中央病院 | 〒930-8550 富山県富山市西長江２丁目２−７８ |  |  |  |
| 電話：076-424-1531 |  |  |
| 総合病院聖隷浜松病院 | 〒430-8558 静岡県浜松市中区住吉２丁目１２−１２ |  |  |  |
| 電話：053-474-2222 |  |  |  |