

## がん遺伝子診療外来予約申込書 兼 診療情報提供書

〒078-8510

旭川市緑が丘東2条1丁目1番1号

旭川医科大学病院

患者総合サポートセンター 行

FAX : 0166-69-3044

TEL : 0166-69-3055

医療機関名

住 所

医師氏名

診療科

電話番号

FAX 番号

フリガナ

【患者氏名】 \_\_\_\_\_

【住 所】 〒 \_\_\_\_\_

【電話番号】 \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_

【生年月日】 \_\_\_\_\_ 昭・平・令 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日 ( \_\_\_\_\_ 歳)

【性 別】 \_\_\_\_\_ 男・女 \_\_\_\_\_

【病 名】 \_\_\_\_\_

【現病歴】

【既往歴】

【家族歴】 がんと診断された家族の続柄とがん種, 年齢のみで結構です。

**【喫煙歴】**

なし・あり（ 本／日, 年間）

**【飲酒歴】お酒の種類と量**

--

**【アレルギー歴】**

なし・あり（ )

**【紹介時遺伝子検査結果】**

--

**【治療歴】** 化学療法はレジメンの名称と開始日, 終了日, 終了理由と有害事象までお願いします。

--

**【残された治療】** レジメンの名称をお願いします。

--

**【EOCG PS】** 0 ・ 1 ・ 2 ・ 3 ・ 4

**【提出予定検体】**

検体採取日 : \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日

採取方法 : \_\_\_\_\_ 生検・手術

検体採取部位 : \_\_\_\_\_

病理番号 : (病理報告書のコピーを添付してください)

**【連絡事項等】** 受診予約に際し、患者さんのご都合の悪い日程等があれば記載してください。

--

※ご希望に添えない場合もございますので、ご了承ください。