

診療科		担当医師名	
(フリガナ) 氏名		申し込み日	20 年 月 日
生年月日・年齢	年 月 日 ・ 歳	性別	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女
住所		電話番号	
病名			

◎ チェック項目 (<input type="checkbox"/> 欄をチェックおよび必要事項を記載してください。)		
1) 全身状態および臓器機能などを考慮し、検査の結果返却の時点で薬物治療が可能な状況にあると予想される患者さん (検査の申し込みから2~3ヶ月を要します)	<input type="checkbox"/> はい (PS:)	<input type="checkbox"/> いいえ
2) 治癒切除不能または再発であり、標準的治療終了または終了見込みの固形腫瘍患者さん、あるいは標準治療のない固形腫瘍の患者さん (原発不明がん・希少がん)	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ
3) 過去3年以内の切除または生検組織がある 採取日 年 月 日	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ
3) での場合： 切除または生検は、佐賀大学附属病院で施行された	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ
3) での場合： 切除または生検予定がある 予定日 年 月 日 ※検査のための組織がなく、リキッドバイオプシーの検査をお考えの際は紹介状にご記載下さい。	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ
4) 患者さんは、検査後の治療が自由診療になった場合でも治療を希望されている	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ