**初回受診情報送付　チェックリスト**

|  |  |
| --- | --- |
| 患　者　氏　名 |  |

上記患者につきまして、下記事項確認済みの上、診療を依頼します。

病院名：　　　　　　　　　　　　　診療科：　　　　　　　担当医：

**・がんセンターに診療を □一任する　　□ 一任しない　□セカンドオピニオン**

・　3ヶ月後のPSが0もしくは1と医学的に　□ 予測される　 □ 予測されない　　□ 不明

PS：パフォーマンス ステータス 0もしくは1 とは日常生活が自活して行える状況になります

* 紹介状のご用意

・　脳転移の有無　　　【　　□ 有り　　□ 無し　　□ 不明　　】

・　全ての検査を行なっていますか　□ 行なっている　□ 行なっていない

※ 行なっている に✓を入れた場合、何の検査を行なっていますか

　　　具体的に：

* 予後について患者に説明している　　□ 予後について説明していない

　具体的に：

例：現在の治療継続では6ヶ月以内 等

＊予後を予測することは難しいと思いますが、患者さんに時間的な制約をご説明されていないケースが見られます。初対面に近い我々が予後を見極めたり、これをご本人へ伝えることは非常に困難であります。担当の先生から**予後についてのご説明**をよろしくお願い致します。状況によっては、長期予後が期待できず、なかなか治療に至らないと考えられる転移を有する症例に関しましては、ご遠慮いただく事もあります。

・　かかりつけ医がいますか　□ なし　□ あり（医療機名　　　　　　　　　　　　　　　　　　）

紹介目的　□ 検査　□ 手術　□ 放射線　□ 化学療法　□ セカンドオピニオン（料金10,000+税）

□ その他

* セカンドオピニオンと（病理評価がある）になる可能性についても患者に説明している
* セカンドオピニオン料金について、患者に説明している

　（今回の組織評価の料金。治療に至らない場合も費用が発生する）

* 病理検体がある　　□ 自施設内にある　　□ 外部委託先にある　　□ その他
* 細胞診検体がある　□ 自施設内にある　　□ 外部委託先にある　　□ その他
* いずれもない

※今回はHE染色標本をお送り下さい。検査後標本は返却いたします。

　既染色標本がない場合はブロックでも構いません。もしくは細胞診でも可能です。

* 検体情報　　下記もれなくご記入下さい

|  |  |
| --- | --- |
| 検体採取日 | 　　　　　　　　年　　　　　月　　　　　日　　 |
| 検体採取方法 | □ 生検　　　□ 手術　□ その他 【詳細：　　　　　　 　 例：腹水穿刺】 |
| 検体採取部位 | * 原発巣　　□ 転移巣　　□ 不明　　Stage：　1　 2 　3　 4

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　（数字に○をつけてください） |
| 具体的な採取部位 | （臓器名） |
| 病理診断名（英語） |  |

□　病理診断報告書

□　切出し図（必須）

□　画像データ

予約希望

・　診療科

　【　　□ 特定の希望なし　　□ 希望あり（診療科：　　　 　　　　　 　　）　　】

・　予約日

　【　　□ いつでも良い　　　□ 希望あり（希望日：　　　　　　　 　　　）　　】

※診療科、予約日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。

**↑確認されましたらチェック【✓】を入れて下さい。**

**確認後に群馬県立がんセンター 地域医療連携室までＦＡＸをお願いいたします。**

**ＦＡＸ番号　0276-60-0615**

**ＦＡＸ確認後ご連絡いたします。**

**当院の診療業務にご協力をいただきありがとうございます。**

**資料送付確認リスト**

**診療情報提供書・病理標本・検査データ・画像データを揃えて**

**当院の地域医療連携室宛に郵送してください。**

**郵送先　370-8550**

**群馬県太田市高林西町617の1**

**群馬県立がんセンター　地域医療連携室 宛**

**ＴＥＬ 0276-38-0771（代表）**

**資料送付確認チェックリスト（送付前再度のご確認お願いいたします）**

* **診療情報提供書（全ての原本）**
* **病理標本　　□組織診標本　　□細胞診標本　　□外部委託先にある　　□その他**
* **検査データ　　□病理標本　　□診断報告書　　□切り出し図**

**□採血データ　　□その他**

* **画像データ（CD-R）　□CT　　□MRI　　□PET-CT　　□内視鏡　　□その他**