



## BRACAnalysis 検査（遺伝性乳がん・卵巣がん症候群外来）FAX 申込書

西暦 年 月 日

送信先	新潟県立がんセンター新潟病院 患者サポートセンター FAX:025-234-0022 TEL:025-234-0011
-----	--

ご紹介先の 医療機関	病院・医院	
	医師名	
	電話番号	
	FAX 番号	

患者さんの 基本情報	ふりがな 氏名				男・女
	生年月日	大正・昭和・平成・令和 西暦 年 月 日生（歳）			
	住所				
	電話番号				
	当院の受診歴	あり・なし			科

ご依頼情報	診療内容	BRACAnalysis 検査予約			
	予約日	<input type="checkbox"/> 第1希望：西暦	年	月	日（水曜日）
		<input type="checkbox"/> 第2希望：西暦	年	月	日（水曜日）
	検査申し込み 確認項目（必ず 左記の内容をチ ェックしてくだ さい）	・転移性乳がんと診断されていますか <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ ・HER2 陰性と診断されていますか <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ ・アンストラサイクリン系抗悪性腫瘍剤の使用歴はありますか <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ ・タキサン系抗悪性腫瘍剤の使用歴はありますか <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ			

- ・ご家族（祖父母～従妹妹まで）に乳がん・卵巣がん・前立腺がんのご病気の方がいらっしゃいましたら診察時に教えていただきますようお願いください。
- ・患者サポートセンター受付時間：8:30～18:30  
FAX 用紙は 24 時間受付いたします。（土・日・祝日の返信は後日となります）
- ・「診療情報提供書」は前日までに FAX してください。当日持参の場合はご連絡ください。