

## ⑦患者さんの診療情報に関するデータ送付のお願い

がん遺伝子パネル検査へのデータ提出にあたりまして、当院該当診療科のがんゲノム医療担当医により、症例の検討を行う予定です。患者さんの詳細な診療情報が必要となりますので、下記内容を記載した情報の事前送付をお願いしております。

### 【送付いただくデータについて】

<input type="checkbox"/>	手術記録
<input type="checkbox"/>	画像診断の CD-R
<input type="checkbox"/>	治療経過のサマリー 化学療法、放射線療法などについて書いてあるもの
<input type="checkbox"/>	退院時サマリー 直近の入院がある場合
<input type="checkbox"/>	血液生化学、腫瘍マーカーのデータ 腫瘍マーカーにつきましては可能であれば過去3カ月程度
<input type="checkbox"/>	MSI などコンパニオン検査についてのデータ

その他、PS、合併症の有無など現在の全身状態について詳細が分かるデータがありましたらお送りいただけますと幸いです。

お忙しいところ大変お手数をおかけいたしますが、何卒よろしくお願い申し上げます。

### 【郵送先】

〒721-8511 福山市蔵王町 5-23-1  
福山市民病院地域医療連携課 がんゲノム医療事務局  
TEL : 084-941-5151  
FAX : 084-946-5209