国際医療福祉大学成田病院 がんゲノム外来 FAX 予約申込書

本申込書（1~2 ページ）を**診療情報提供書・病理診断報告書とともに** FAX してください。

地域医療連携室 FAX：０４７６－３５－５５８８

受診者情報			
フリガナ 患者氏名	（ 男 ・ 女 ）	年齢	歳
		生年月日	西暦　　年　　月　　日
居住地	都道府県		区市郡
電話番号	①　　②		
当院受診歴	□なし □受診歴あり（診察券番号:　　）		
病名		貴院受診状況	□外来通院中 □入院中→退院後にご連絡ください
保存組織	□あり　□なし	□手術　□生検	採取日:　　年　　月　　日
希望する検査	□FoundationOneCDx　□GenMineTOP　□NCC オンコガイド □FoundationOne Liquid　□Guardant360　□当院で相談してから決める		

予約希望情報	
予約希望	●遺伝子診断センター　がんゲノム外来 月曜日　10:30～　13:30～ 火曜日　10:00～　13:00～　14:30～
	● 希望受診日 ※受診日時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。 第一希望　　年　　月　　日（時間　　:　　～） 第二希望　　年　　月　　日（時間　　:　　～）
	受診できない日／都合の悪い時間帯:

紹介元情報・予約日時の連絡方法	
（送信元） 医療機関名	
医療連携 ご担当者様	
直通TEL （医療連携室等）	
回答先FAX	
ご担当医	（診療科・ご担当医師名）
貴院への連絡方法	一週間以内にFAXにて予約票を送付致します。

個人情報を送信できない場合は、可能な部分を記載し、送信後に下記へご連絡ください。また、予約に関するお問い合わせも下記へお願いいたします。

問合せ先：遺伝子診断センター直通　TEL：0476-85-6501（9:00～15:30 月曜日～金曜日）

がん遺伝子パネル検査　適格性確認表

がん遺伝子パネル検査は、検査結果をお返しするまでに 6～8 週間かかります。がんゲノム外来の予約申し込みをする前に、以下をご確認いただき☑をお願い致します。本紙を「がんゲノム外来 FAX 予約申込書」と一緒に地域医療連携室宛に FAX してください。

以下の 3 点を全て満たすことを確認してください。

(1)標準治療がない固形癌患者(この場合は、未治療でも適格)または、局所進行もしくは転移が認められ標準治療が終了となった固形がん患者(終了が見込まれるものを含む) □標準治療が終了している　□標準治療の終了が見込まれる　□標準治療がない	□ 適格
(2)現在 PS が 0-1 である　　□PS　0　　□PS　1	□ 適格
(3)関連学会の化学療法に関するガイドラインなどに基づき、全身状態・臓器機能等から本検査施行後に化学療法の適応となる可能性が高い患者 □該当する	□ 適格

以下について、主治医の先生より患者さんに説明をお願い致します。

□今回の受診は、がん遺伝子パネル検査を受けるための受診であり、転院のための受診ではないこと。

□検査費用（保険適応、高額療養費適応）は、2 回に分けて請求となること。

1 回目　組織検体提出日：44 万円（入院中提出不可　3 割負担の場合 13 万 2 千円）

2 回目　結果説明日：12 万円（3 割負担の場合 3 万 6 千円）

□検査結果により推奨される臨床試験あるいは薬剤の適応外使用については、当院で実施していないことが多く、他の先端医療機関（国立がん研究センター等）への受診が必要となること。

国際医療福祉大学成田病院 がんゲノム外来

ご準備いただく書類／組織についてのご案内

＜外来予約のために FAX していただく書類＞

□がんゲノム外来 FAX 予約申込書・適格性確認表

□診療情報提供書

□病理診断報告書

＜受診時に必要な書類・病理組織＞

以下を当院受診日にご本人に持参させてください。

□診療情報提供書

□病理診断報告書

□資料（直近の画像検査や血液検査などのデータ/結果報告書）

□症例情報シート（ホームページからダウンロードしてください）

□保存組織がある場合：薄切スライドまたはパラフィンブロック（４～６ページの「**がん遺伝子パネル検査用　薄切標本作成手順書**」を参照の上、ご準備ください）

【問合せ窓口】

国際医療福祉大学成田病院

遺伝子診断センター直通 TEL：０４７６-８５-６５０１

（9:00～15:30 時 月曜日～金曜日）

＊不在の場合は、しばらくしてから、おかけ直しください。

がん遺伝子パネル検査用　薄切標本作成手順書

Ver1.0 2026 年 7 月 1 日

国際医療福祉大学成田病院

がん遺伝子パネル検査は、組織検体の固定の良否や腫瘍量によって、結果が大きく左右されます。高額で時間のかかる、再検査の難しい検査であるため、検査の成功のためには貴院のご協力が不可欠です。下記を参照いただき、薄切標本（または FFPE ブロック）及び病理診断報告書をご準備いただき、初診時持参または郵送をお願い致します。

ご準備、ご提出いただく病理組織標本

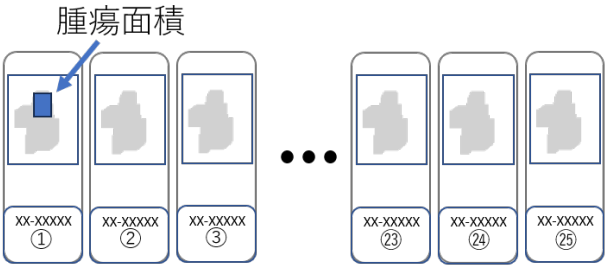
● **未染標本**

未染標本スライドガラス　（5μm 厚、剥離防止スライド）

腫瘍面積　5×５㎜以上の場合：　１０枚

腫瘍面積　2.5×2.5mm の場合：　４０枚

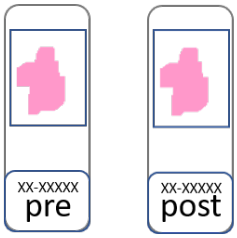
針生検等、検体サイズが小さいものは、合計体積が１㎜^{3}以上となるように枚数を調節



・　１枚のスライドガラスには、同一ブロックからの切片を１枚のせてください。
　　複数ブロックからの切片を１枚のスライドガラスにまとめてのせないでください。

・　スライドガラスのフロスト部分に、患者氏名・QR コードなどの印字はしないでください。
　　貴施設の病理番号と薄切時の通し番号を鉛筆で記載してください。

● **HE スライド　２枚**



・薄切の切り始めと終わりの 2 枚を HE 染色してください。

　切り始め（pre）と、切り終わり（post）が区別できるようにフロスト部分に記載してください。

・検査に提出するため、返却はいたしません。

病理組織検体（FFPE ブロック）　選択時の注意事項

- 適正なホルマリン固定がなされている。
- 腫瘍細胞の割合が 20%以上である。
- 酸脱灰処理を行っていない。
- 炎症細胞、線維芽細胞等の非腫瘍性細胞の混入が多い FFPE ブロックは避けてください。
- FFPE ブロックの保管期間が 3 年以下の検体が推奨されますが、ホルマリン固定の状態のよい標本であれば、これ以上の年数でも検査ができる可能性があります。
- 転移巣でも可能です。
- 検体サイズが小さい場合（生検など）は、可能であれば FFPE ブロックのご提出をお願いします。解析に必要な DNA 収量確保のため、追加標本作成等の対応を要する場合があるからです。ただし、この場合、ブロックを全て使い切ってしまう可能性があることをご了承ください。

未染標本スライド作成時の注意事項

- コンタミネーションをさけるために、以下の点にご留意ください。
  - 新しいミクロトームブレードをご使用ください。
  - ウォーターバスは洗浄し、新たに水をはった状態でご使用ください。
  - 新しいグローブを着用し、作業を行ってください。
- 進展や乾燥のための加熱は避けてください。

別紙：検体送付書

検体提供元の先生方へ（依頼）

下記にご記入いただき、当文書と病理組織標本・病理診断報告書を初診時持参または郵送してください。

施設名：

患者名（貴院 ID）：＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿（＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿）

検体採取日：＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿　採取部位

送付検体　　HE 標本　　（　　）枚
　　未染色スライド（　　）枚
　　病理診断報告書（　　）枚
　　その他（　　）

返却物　□なし　　□あり（　　）

検体に関しての貴院問合せ窓口: ＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

郵送の場合の宛先：

〒286-8520
千葉県成田市畑ヶ田 852　　国際医療福祉大学成田病院
遺伝子診断センター　赤木　究
TEL（代表） 0476-35-5600