**④患者さんの診療情報に関するデータ送付のお願い**

がんゲノム医療の検査の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】**

|  |  |
| --- | --- |
| □ | 診療情報提供書お申し込み時にFAXで頂いている診療情報提供書の原本です |
| □ | 手術記録 |
| □ | 画像診断のCD-R |
| □ | 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 |
| □ | 退院時サマリー直近の入院がある場合 |
| □ | 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 |
| □ | 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頂けますと幸いです。

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】**

〒734-8551 広島市南区霞1-2-3

広島大学病院遺伝子診療部　がんゲノム医療外来

TEL：082-257-5965

FAX：082-257-1762

idenshi2017@hiroshima-u.ac.jp