

患者申出療養(NCCH1901)提出書類確認票

提出前に書類をご確認のうえ、チェック欄にチェックをしてください。
また、本票を表紙として、同封してください。

相談受付番号 ※Web フォームの自動 返信メールの記載番号		申請書類送付日	西暦	年	月	日
患者生年月日	西暦	年	月	日	ご紹介医師名	
書類郵送時満年齢		歳	ご紹介病院名			
フリガナ 患者氏名						

No.	項目	確認内容	チェック欄
表紙	提出書類確認票	提出書類確認票(この用紙です)	封入済 <input type="checkbox"/>
1	診療情報提供書		封入済 <input type="checkbox"/>
2	病理組織学的検査結果	【必須】診断に使用した病理標本 [後日発送となる場合] ・京大病院への到着予定日を記載ください ・後日、病理標本を送付される時には、必ず別シートの病理標本送付票を同封ください	封入済 <input type="checkbox"/> 後日送付 <input type="checkbox"/> 到着予定日 月 日
3		病理診断結果レポート	封入済 <input type="checkbox"/>
4	血液検査結果	CBC、生化学、感染症含む	封入済 <input type="checkbox"/>
5	放射線画像検査結果	造影 CT、または MRI	封入済 <input type="checkbox"/>
6		画像診断結果レポート	封入済 <input type="checkbox"/>
7※	がん遺伝子パネル検査結果		封入済 <input type="checkbox"/>
8※	C-CAT 調査結果	C-CAT 番号	封入済 <input type="checkbox"/>
9	エキスパートパネルレポート	エビデンスレベルが明記されているもの	封入済 <input type="checkbox"/>
10	生理検査結果 # Pazopanib 申請症例の場合のみ	6か月以内の心電図、心エコー検査所見用紙	封入済 <input type="checkbox"/>
11	眼科診察結果 # Pemigatinib 申請症例の場合のみ	眼科診察の所見を記載した診療情報提供書 (ペミガチニブチェックシート参照)	封入済 <input type="checkbox"/>
12	患者登録票	別シートにテンプレートがあるので、入力、印刷してください	封入済 <input type="checkbox"/>
特記事項			

※No.7、8は、京大病院で検査を実施した症例の場合は提出不要です。

(京大病院管理用)

患者診療番号	
地域医療連携室受付日	西暦 年 月 日
受領資料確認	<input type="checkbox"/> 済
受取日のデータ入力	<input type="checkbox"/> 済
地域医療連携担当者名	

患者登録票(患者申出療養)

印刷したものを送付書類に入れてください。

相談受付番号 ※Web フォームの自動返信メールの記載番号	
----------------------------------	--

【患者情報】

生年月日	西暦	年	月	日	年齢	歳
フリガナ 氏名					性別	男・女
住所	〒					
電話番号1 ※		<input type="checkbox"/> 携帯	<input type="checkbox"/> ご自宅	<input type="checkbox"/> その他		
電話番号2		<input type="checkbox"/> 携帯	<input type="checkbox"/> ご自宅	<input type="checkbox"/> その他		
電話番号3		<input type="checkbox"/> 携帯	<input type="checkbox"/> ご自宅	<input type="checkbox"/> その他		

※電話番号は、1つは必ず記載してください。

【貴院情報】

医療機関名			
診療科名		医師名	
送付担当部署名		送付担当者名	
電話番号		FAX 番号	

病理標本送付票

病理標本が、後日送付となる場合には、本票を必ず同封してください。

発送元病院が、患者申出療養のご紹介元と異なる場合には、必ず発送元に本票の同封をご依頼ください。

相談受付番号 ※Web フォームの自動 返信メールの記載番号	
患者生年月日	西暦 年 月 日
書類郵送時満年齢	歳
フリガナ 患者氏名	

病理標本送付日	西暦 年 月 日
ご紹介医師名	
患者申出療養 ご紹介病院名	

特記事項	
------	--

(京大病院管理用)

患者診療番号	
地域医療連携室受付日	西暦 年 月 日
受取日のデータ入力	<input type="checkbox"/> 済
地域医療連携担当者名	

患者申出療養必要書類送付用の封筒用宛名ラベルの使用方法

- 1 封筒をご用意ください。
- 2 本用紙を印刷し、宛名ラベルを切り取ってください。
- 3 宛名ラベル内の住所と氏名の欄を記入してください。
- 4 宛名ラベルを封筒に貼り付け、必要書類等を同封の上投函してください。
- 5 本宛名ラベルを使用されない場合は、必ず封筒等に「患者申出療養紹介書類在中」と朱書きしてください。

- 必要書類送付用封筒用宛名ラベル
以下を切り取ってご利用ください。

✂キリトリセン✂

〒606-8507

京都府京都市左京区聖護院川原町 54 番地

京都大学医学部附属病院

地域医療連携室 行

患者申出療養書類在中

住所 〒 -

担当氏名 _____

✂キリトリセン✂

← 住所・氏名を
記入して下さい。

患者申出療養必要書類送付用のレターパック用宛名ラベルの使用方法

●レターパック用 宛名

1. 「お届け先」欄に下記の宛名ラベルを切り取り、貼り付けてください。
2. 「ご依頼主」に必要事項を記入し、「ご依頼主さま保管用シール」を剥がして、ポストに投函もしくは郵便局の窓口へ差し出して発送下さい。
3. ご依頼主シールは、到着まで保管をしてください。シール記載の番号により、追跡サービスがご利用いただけます。

お届け先 To ↑	Address 〒606-8507
	京都市左京区聖護院川原町 54 番地
ご依頼主 From	京都大学医学部附属病院 地域医療連携室
	電話番号 075(751)3110
	Address 〒
	貴院住所
	貴院名
電話番号 ()	
品名 患者申出療養紹介書類、CD、プレパレート	

✂キリトリセン✂