**FAX 0853-20-2063 （地域医療連携センター）**

**がんゲノム医療外来予約申込書**

令和　　　　年　　　　月　　　　日

※太枠内を記入ください。

|  |
| --- |
| 紹介元情報 |
| 紹介元医療機関名 |  | 診療科名 |  |
| 医師名 |  |
| 電　話 |  | Fax |  |
| 患者情報 |
| フリガナ |  | 旧　姓 | 性　別 |
| 患者氏名 | 様 |  | 男・女 |
| 生年月日 | 明・大・昭・平　　　　　年　　　　　月　　　　　日　　　（　　　　　　歳） |
| 住　所 | 〒　　　　　　－ |
| 自宅電話 | 　　　　－　　　　　－ | 携帯電話 | 　　　　－　　　　　－ |
| 病　名 |  |
| 検体の有無 | 　　有　　・　　無 |
| 都合の悪い日 |  |

※患者さんの同意のもと、紹介状と本申込書をFAXください。

※また検体をご準備いただける場合は、Fax後、本紙と併せてご送付ください。

※がんゲノム医療外来は、診察準備のため7日目以降の受診日をご案内いたします。担当医との調整により予約日が決まりますので、ご連絡までに数日いただく場合があります。ご了承いただきますようお願いいたします。

　 お問い合せ先

島根大学医学部附属病院　地域医療連携センター

TEL：　0853-20-2061　　FAX:　0853-20-2063

 2022年3月改訂