

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。



お問い合わせ先

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