**（がん遺伝子パネル検査 FAX用）**

**紹介予約申込書**

　　　 　年　　 　月　 　日

倉敷中央病院

　　　　腫瘍内　　　科　　　がんゲノム担当医　　先生（ □ 医師への連絡済み ）

紹介元医療機関の所在地・名称

電話

ＦＡＸ

※個人メールアドレス

　　　　　　　　　医師氏名

※必ずご記入ください。担当者よりご連絡いたします。

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 倉敷中央病院のカルテＮo. | |  |  |
| フリガナ | | 男・女 | 生 　 年　 月 　 日 |
| 患者氏名    **※旧姓（　　　　　）** | | 西暦　／　明・大・昭・平・令    　 年　　 月　 　日（　 　　歳） |
| 住　所　〒    電話番号 　　 　 携帯番号 | | | |
| 現在の状況 | □ 入院中　　　　□　入所中　　　　□　ストレッチャー必要 | | |
|  | | | |
| **受診希望は、火曜日の午後にご調整いただきますようお願い申し上げます。** | | | |

　　　　　　　　（連絡担当者 　　　　　　　　　　　）

※診察券をお持ちであればご記入願います。

<受診希望内容>> ※必ずご記入ください　　　　　　　　　　　※該当項目にチェックをお願いします。

□　組織検体あり

ありの場合、病理診断報告書をFAXしてください。

□ 画像（ＣＤ－Ｒ・ＤＶＤ－Ｒ）あり

第１希望：　 月　　 日　　（火）午後

第２希望：　 月　　 日　　（火）午後

第３希望：　 月　　 日　　（火）午後

いつでも可

※診察に必要な書類をご確認ください。

・初診前 患者情報提供書

・がんゲノム外来問診票

《主訴又は傷病名》

**診療情報提供書・病理診断報告書を添付してＦＡＸ送信してください。（原本は当日お持ちください）**

〔お願い〕

○検査対象は、標準的な治療が確立されていない固形がんの患者さん、標準治療が終了となった

　 　（終了が見込まれる方も含む）固形がんの患者さんです。ご留意ください。

○組織検体がある場合、検体の送付をお願いいたします。

○検査3ヵ月後、転帰を示す検査後 患者情報提供書の提出をお願いいたします。

**《連絡先》倉敷中央病院　地域医療センター**

**TEL：086-422-5024(直通）　FAX：0120-666-339**

《受　付》平日　午前8時30分～午後5時15分

《休診日》土曜・日曜・祝日（除外日があります。詳細はホームページをご覧ください）

年末年始（12/30～1/3）