

紹介予約申込書 (がん遺伝子パネル検査 FAX 用)

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

(連絡担当者)

※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.	※診察券をお持ちであればご記入願います。		
フリガナ	男 ・ 女	生 年 月 日	
患者氏名		西暦 / 明・大・昭・平・令	
※旧姓 ()		年 月 日 (歳)	
住 所 〒			
電話番号	携帯番号		
現在の状況	<input type="checkbox"/> 入院中	<input type="checkbox"/> 入所中	<input type="checkbox"/> 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。

<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。

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			

<input type="checkbox"/> 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。
<input type="checkbox"/> 画像 (CD-R・DVD-R) あり

※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

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)

《主訴又は傷病名》

[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。ご注意ください。
○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)