

※当院記入欄

年 月 日

天理よろづ相談所病院 紹介患者 予約申込書
(がんゲノム外来専用)

希望診療科

腫瘍内科(がんゲノム外来)

希望担当医

医師

紹介元医療機関名	
所在地	
担当診療科	
医師名	
担当部署	
担当者氏名	
T E L	
FAX(ご予約票送付用)	

患者情報

フリガナ		性別	生年月日	
患者氏名			・	・ (歳)
住所	〒 TEL ()			
病名				
紹介目的				
			貴院の状況	☐ 通院中 ☐ 入院中 ☐ 施設入所中
	緊急性	☐ あり ☐ なし	当院の受診	☐ あり(旧姓) ☐ なし

☐ 受診希望日など ※月曜午後のみ☐ 都合の悪い日☐ いつでも可

※注意事項

- ① 受診希望日の希望に添えない場合がございます。ご了承ください。
- ② お送りいただいた病理検体ブロック等を精査し、検査可能か判断いたします。
- ③ 検査の可否は事務担当者よりお電話にてご連絡いたします。検査可能な場合は予約票をFAXいたします。

■ご郵送いただきたいもの(宛名:がんゲノム医療支援センター)

- ・がんゲノム予約申込書(当用紙)
- ・がん遺伝子パネル検査適応チェックリスト
- ・がん診療情報提供書
- ・病理検体情報提供書
- ・病理検体ブロック
- ・病理レポート
- ・直近のCTなど画像CD-Rとその読影レポート
- ・既に受けているバイオマーカー検査・遺伝子検査結果のコピー

天理よろづ相談所病院 がんゲノム医療支援センター
〒632-8552 奈良県天理市三島町200
電話:0743-63-5611(代)