

※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
(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	登録No (
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
			持参資料 ☐ 血液検査・ ☐ X線・ ☐ CT・ ☐ MRI・ ☐ 内視鏡・ ☐ 心電図
	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

※がんゲノム予約申込書(当用紙)とがん遺伝子パネル検査適応チェックリストとがん診療情報提供書と病理検体情報提供書と共に下記住所までご郵送ください。(宛名:がんゲノム医療支援センター)

- ① 担当医師、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。

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