

がんゲノム診断・診療センター
紹介連絡・予約申込

(申込日: 平成 年 月 日 午前・午後 時 分)

FAX 0574-24-1475

患者さんの同意のもと、この連絡・予約申込票を送信します。予約をお願い致します。

※太枠内を記入ください。

紹介元情報	
紹介元医療機関名	医師名
電話	FAX
患者様情報	
フリガナ	性別
患者氏名	様 男・女
生年月日	明・大・昭・平 年 月 日 歳
住所	〒
	電話 携帯

紹介先情報	
紹介先診療科: がんゲノム診断・診療センター	医師名: がんゲノム医療外来 担当医師
紹介目的: <input checked="" type="checkbox"/> 診察・検査	

※がんゲノム医療外来は、毎週火曜日午後と金曜日午後行っています。

受診準備のため、1週間後以降の受診日をご案内致します。

※予約受付後、当院より「診療情報、及び病理検体の提供依頼書」、「検体送付・受領書」をFAXにて送信させていただきます。
当該文書に従い、「手術・生検時の病理検体」、「診療情報提供書」、「病理診断書の最終報告書コピー(手術材料の場合、該当するブロックが記載されている切り出し図コピー)」をご準備願います。

※以下、当院記入欄

返信・予約控

先生御机下	平成 年 月 日	
患者氏名	様 予約日 月 日 () 午後 時 分	
当日は、 時 分までに 紹介患者様受付 へ、本状を持ってお越しください。		
以前当院で受診されたことがある方は当院の診察券もお持ちください。		
その他案内 ()		
※ 月 日 () (予約日の1週間前)までに検体送付(もしくは持参)をお願い致します。		
木沢記念病院	がんゲノム診断・診療センター	担当医 石原 哲 ・ 竹内 賢 ・ 坂下 文夫



お問い合わせ先

木沢記念病院 がんゲノム診断・診療センター

電話 0574-25-2181

FAX 0574-24-1475