

(申込日：西暦 年 月 日)

がんゲノム外来診療申込書

**FAX 097-586-6138 (がん相談支援センター)**

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		旧姓	性別
患者氏名		様	男・女
生年月日	西暦	年	月 日 歳
住所	〒	電話	— —
		携帯	— —
病名			
都合の悪い日			
がん遺伝子パネル検査に使用可能な検体の有無	有 ・ 無		

※本紙と同時に紹介状をFAXしていただきますようお願いいたします。

※がんゲノム外来は、担当医との調整により受診日が決まりますので、ご連絡までにお時間をいただく場合があります。

ご了承くださいませようお願いいたします。

お問い合わせ先

大分大学医学部附属病院 腫瘍センター内がん相談支援センター

TEL：097-586-6351

FAX：097-586-6138