

(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		診療科 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			
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。

※がんゲノム医療外来は、受診準備のため1週間後以降の受診日をご案内いたします。担当医との調整により受診日が決まりますので、ご連絡までに最大3日程度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。

※予約受付後、当院より「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」、「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。

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