

診療情報提供書

紹介状

兵庫県立がんセンター 遺伝外来 担当医 先生	申込年月日 平成 年 月 日 紹介医療機関の所在地・名称 TEL FAX 担当医師
--------------------------------------	---

患者氏名	明・大・昭・平
様	男・女
	年 月 日生(才)

疾患名		
紹介目的		
既往歴 及び家族歴 (がんの既往歴も含む)		
ご本人または 発端者(血縁者)の 病状経過 及び 治療経過 (通常の診療情報 提供書でも可)		
遺伝学的検査 データ (持参可能なものを チェックしてください)	<input type="checkbox"/> 本人の遺伝学的検査結果 <input type="checkbox"/> 血縁者(続柄:)の遺伝学的検査結果 <input type="checkbox"/> その他(MSIや免疫組織染色の結果など)	遺伝学的検査データは ファックスでは送らず、 受診日に、ご本人にお持ち いただいでください。
特記事項		