

がんゲノム医療外来 予約申込書

書式 1_2024.5

申込年月日

年 月 日

兵庫県立がんセンター 地域連携室 宛

TEL 078 (929) 1155 (直通)

FAX 078 (926) 5410

紹介受け入れ可能な条件は、①原発不明がん、又は希少がん、又は標準治療が終了した固形がん ②全身状態が良好
③原則20歳以上であり、①～③すべての条件に当てはまらない場合は検査を受けることはできません。

以下ご記入の上、診療情報提供書、直近の画像読影レポート、採血結果（直近の時系列）、看護情報提供書、C-CAT登録項目調査票を添えてFAX送信をお願いします。

ご紹介元医療機関名 等	
貴医療機関名	
住所	〒
診療科・医師	
ご担当様	
電話番号	
FAX番号	

ご紹介患者様情報 等							
フリガナ		性別	生年月日	<input type="checkbox"/> 明	<input type="checkbox"/> 大	<input type="checkbox"/> 昭	<input type="checkbox"/> 平
氏名		<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	年 月 日	年 月 日 (歳)			
住所	〒						
自宅電話	— —	携帯電話	— —				
疾患名							
がんセンター受診歴	<input type="checkbox"/> 有 (科) <input type="checkbox"/> 無						
主保険	被保険者氏名		<input type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> 家族	併用 保険	公費負担番号		
	保険者番号				公費受給者番号		
	記号・番号・枝番				公費負担割合	割	
	生活保護	<input type="checkbox"/> 受給している <input type="checkbox"/> 受給していない					
がん遺伝子パネル検査歴	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり (検査名:)						

受診希望日	<input type="checkbox"/> 希望なし <input type="checkbox"/> 都合の悪い日: 月 日
患者さん予約回答待ち状況	※入院中は検査を行うことができません。入院中の場合は、退院予定日を記載ください。 <input type="checkbox"/> 貴医療機関にて外来待機中 <input type="checkbox"/> 帰宅され、貴医療機関より連絡待ち