

診療情報提供書 (予約申込書)

令和 年 月 日

兵庫県立がんセンター

先生

名称

住所 〒

医師名

TEL FAX

送付先 (地域医療連携室) FAX 078-926-5410

※予約希望診療科に✓をつけてください。外来診療表を参考に月日と主治医を選んでください。

Grid of medical specialties (呼吸器内科, 呼吸器外科, etc.) and patient status options (貴医療機関にて外来待機中, etc.).

受診希望日 第1 月 日 曜日 第2 月 日 曜日

患 者 (フリガナ) 氏名 性別 (男/女) がんセンター (成人病センター) 受診歴 (有/無) 科

生年月日 明治 大正 昭和 平成 年 月 日 歳

住 所 〒

電 話 自宅 連絡先

主 保 険 保険者番号 併用保険 公費負担番号 公費受給者番号 公費負担割合

診断名 紹介目的

主訴 アレルギー等

がん遺伝子パネル検査歴 あり (検査名: FoundationOne・FoundationOne Liquid・NCCオンコパネル・その他)

①現病歴 ②現症 ③検査所見 ④治療経過⑤現在の処方 ⑥家族歴 ⑦その他

『緊急性のある場合、各診療科と電話で協議し、この用紙をFAXで送付して下さい。 医師と相談済み』

○本人が来院されない場合、診察は出来ません。 ○セカンドオピニオンは家族のみでも可能です。「セカンドオピニオン予約申込書」にてお申込ください。(本人の同意書が必要です)

お問合せ：地域医療連携室 電話 078-929-1155 (直通)