

遺伝外来 予約申込書

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

遺伝外来（遺伝カウンセリング）を希望する患者さんがいらっしゃいましたら、以下の項目にご記入の上、診療情報提供書を添えて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							
氏名	ふりがな	性別	生年月日	<input type="checkbox"/> 明	<input type="checkbox"/> 大	<input type="checkbox"/> 昭	<input type="checkbox"/> 平
		<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女		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				公費負担割合	割	

受診希望日	第1: 曜日 午前・午後	第2: 曜日 午前・午後
	<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	<input type="checkbox"/> 貴医療機関にて外来待機中 <input type="checkbox"/> 貴医療機関入院中 <input type="checkbox"/> 帰宅され、貴医療機関より連絡待ち	
遺伝カウンセラーからの事前連絡について	予約決定後、予約日までの間に、家族歴などの確認のため、遺伝カウンセラーから患者さんに電話連絡をする場合があります。連絡に際してのご希望を記入してください。 連絡先 <input type="checkbox"/> 自宅 <input type="checkbox"/> 携帯 <input type="checkbox"/> どちらでもよい 平日につながりやすい時間帯 () 平日につながりにくい時間帯 ()	