

「福井大学医学部附属病院 がんゲノム外来申込書」

太枠内をご記入ください。

		令和 年 月 日
(ふりがな)		明・大・昭・平 (年齢 歳)
患者さんの氏名	生年月日	年 月 日
患者さんの現住所	〒 電話 () - 携帯電話 () -	
当院への受診歴	ある・ない (ある場合は右記をご記入ください)	診療番号 - -

疾患名		
相談したい内容		
持参必要資料	1. 診療情報提供書(紹介状) 2. 血液検査記録 3. CT/MRIなどの画像検査データ 4. 病理検査報告書	
相談希望日	<input type="checkbox"/> いつでも良い <input type="checkbox"/> 希望あり ⇒ 希望する日 月 日(火)又は 月 日(火) ⇒ 希望する日程 (月 日以降)	
現在受診されている病(医)院について	<input type="checkbox"/> 入院中	病院名等 :
	<input type="checkbox"/> 通院中	診療科 : 医師名 :
	連絡先	電話 () - F A X () -

家族歴

血の繋がる第2度近親者以内の方(祖父・祖母・おじ・おば・甥・姪・孫まで)の病気の既往について、病気の名前と発症年齢を可能な範囲内で記載してください。

本人から見た関係	病名	発症年齢

<備考>

--

※ がんゲノム外来申込書と合わせて、診療情報提供書(紹介状)の提出をお願いします。
 ※ 担当の先生に提供いただきたい診療内容についての説明用紙がありますので、そちらと一緒に紹介状作成を依頼してください。

病院使用欄 (記入しないでください)			
受付年月日	令和 年 月 日	相談日時	令和 年 月 日 () 時 分 ~
担当診療科	科 医師		

※このFAXには、個人情報を含む機密情報が含まれており、福井大学医学部附属病院に送られています。もし、誤って届いた場合は破棄していただき、お手数ですがその旨を送信者(患者さん)宛、お知らせくださるようお願いいたします。