

聖マリアンナ医科大学病院 ゲノム医療推進センター



聖マリアンナ
医科大学病院
ST. MARIANNA
UNIVERSITY HOSPITAL

ゲノム医療外来予約申込
紹介患者用
REGISTRATION FORM
【診療申込書】



FAX 044-975-0608

- 予約受付後、当院より「紹介患者診療予約票」と「病理組織検体の準備について」をFAXで送信させていただきます。
 - 受診日より前に郵送いただきたいもの
「診療情報提供書(原本)」、「診断時の病理組報告書」、「病理組織検体一式」、「直近の画像・検査データ」
 - 受診日当日、「紹介患者診療予約票」を持参し、**11番窓口(メディカルサポートセンター)**へご提出ください。
- 《患者様は、**太枠内**をご記入ください。 医療機関の方は、**点線内**をご記入ください。》

紹介元情報			
紹介元医療機関		医師名	
電話番号		FAX番号	
患者様情報			
受診者	フリガナ (姓)	(名)	旧姓
氏名			性別 男 ・ 女
生年月日	西暦 明治・大正・昭和・平成・令和	年	月 日 年齢 満 歳
現住所	〒 -	自宅電話 携帯電話	() - - -
緊急連絡先 (本人以外)	〒 - 氏名	続柄 自宅電話 携帯電話	() - - -
★ 当院の受診は初めてですか？			はい いいえ
★ 受付時、保険証(もしくは身分証明書等)をコピーさせていただきます。			同意する 同意しない

★ 当日の受診内容を選択してください。 遺伝子パネル検査に関連する診察を希望 遺伝カウンセリング希望 (希望のものに○をしてください)	
★ 利用可能な病理組織検体はありますか？ はい いいえ	
病名	該当する箇所に☑をしてください。
* 臓器別担当(外来曜日) ☐ 乳がん(乳腺/月曜日AM・木曜日PM、腫内/水曜日AM・PM、金曜日PM) ☐ 呼吸器がん(呼内/月曜日PM) ☐ 皮膚がん(皮膚/第1・3火曜日PM) ☐ 婦人がん(婦人/火曜日PM) ☐ 消化器がん(腫内/水曜日AM・PM、金曜日PM) ☐ 頭頸部がん(腫内/水曜日AM・PM、金曜日PM) ☐ 泌尿器がん(腫内/水曜日AM・PM、金曜日PM) ☐ 原発不明がん(腫内/水曜日AM・PM、金曜日PM) ☐ その他のがん(腫内/水曜日AM・PM、金曜日PM) ☐ 小児がん(金曜日AM) ☐ 遺伝カウンセリング(月曜日AM・PM、木曜日AM・PM、金曜日AM・PM)	
外来受診希望日	
第一希望日 月 日 AM・PM	第二希望日 月 日 AM・PM
第三希望日 月 日 AM・PM	第四希望日 月 日 AM・PM

◎ご記入いただいた現住所、電話番号(携帯)、緊急連絡先は、病院からの郵送物がある場合の送付先、必要時に病院から連絡しても良い番号として登録させていただきます。

以下 病院 記入欄

受診科	小児科	皮膚科	産婦人科	呼吸器内科	腫瘍内科	乳腺内分泌外科
	05	11	13	30	39	56
保険				受付	入	力
						確認

2024.08改訂

ゲノム外来 診療申込方法

通院中の医療機関を通じて当院へ申し込んでください

①診療申込書を

044-975-0608 宛に FAX してください。

②当院で予約受付し、決定した予約日時を記した

「紹介患者診療予約票」と

「病理組織検体の準備について」を FAX で送信いたします。

[病理組織検体の準備について（PDF）はこちら](#)

※診療情報提供書は、

予約受付完了後にFAXいただければ結構です。

③受診日より前に、

必要なセットを下記の宛先へご送付ください。

< 必要なセット >

「診療情報提供書（原本）」

「診断時の病理組織報告書」

「病理組織検体一式」

「直近の画像・検査データ（可能であれば2、3回分）」

〒216-8511

川崎市宮前区菅生2-16-1

聖マリアンナ医科大学病院 ゲノム医療推進センター 宛

Tel：（044）977-8111