

聖マリアンナ医科大学病院 ゲノム医療推進センター



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

--	--	--

紹介患者受付時間

時	分
---	---

FAX 044-975-0608

- 本申込書を記入し、「診療情報提供書」と合わせて上記にFAXしてください。
- 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	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)		
★ 本紙に病理組織診断のレポートを必ず添付してください(右記は、添付のチェック用)	はい	いいえ
※リキッドバイオプシー検査を希望される場合も必要です。 リキッドバイオプシーを希望される場合には、受診予定日より前に直近の画像・検査データを郵送してください。		
★ 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)	
<input type="checkbox"/> 乳がん(乳腺/月曜日AM・木曜日PM、腫内/水曜日AM・PM、金曜日PM)	<input type="checkbox"/> 呼吸器がん(呼内/月曜日PM) <input type="checkbox"/> 皮膚がん(皮膚/第1・3火曜日PM)
<input type="checkbox"/> 婦人がん(婦人/火曜日PM)	<input type="checkbox"/> 消化器がん(腫内/水曜日AM・PM、金曜日PM) <input type="checkbox"/> 頭頸部がん(腫内/水曜日AM・PM、金曜日PM)
<input type="checkbox"/> 泌尿器がん(腫内/水曜日AM・PM、金曜日PM)	<input type="checkbox"/> 原発不明がん(腫内/水曜日AM・PM、金曜日PM) <input type="checkbox"/> その他のがん(腫内/水曜日AM・PM、金曜日PM)
<input type="checkbox"/> 小児がん(金曜日AM)	<input type="checkbox"/> 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	どちらかに○	第二希望日	どちらかに○	第三希望日	どちらかに○
月 日 AM・PM		月 日 AM・PM		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