

がんゲノム外来「予約申込書」(FAX送付表)

申込日 年 月 日

千葉大学医学部附属病院 腫瘍内科 がんゲノム外来 宛

FAX 043-226-2720 (受付可能時間: 平日午前9時30分から午後4時00分)

(注) 受付時間外や休日にFAXを送付いただいた場合は翌診療日の対応となります。

太枠内をご記入の上、診療情報提供書、直近1,2回の画像検査結果と採血結果を添えてFAX送信をお願いします。

FAXを確認しましたら、受診準備のため、折り返しお電話をさせていただきます。

ご紹介元医療機関名等				
医療機関名				
所在地	〒			
診療科・ご担当医				
事務ご担当者様	※ご担当医以外が窓口の場合、部署・氏名をご記入ください			
TEL	※ご担当の方に直接繋がる電話番号をご記入ください			
FAX				
ご紹介患者様情報				
ふりがな		性別	生年月日	年 月 日 (歳)
氏名	旧姓 ()	☐ 男 ☐ 女		
住所	〒			
電話番号	※日中に必ず連絡がつく番号をご記入ください			
	①	— —	②	— —
当院受診歴	☐ あり (科) ☐ なし ☐ 不明			
貴院受診状況	☐ 外来通院中 ☐ 入院中 (月 日退院予定) 備考:			
希望の検査種別と当院初診日				
外来日と診療時間	月曜日・火曜日・水曜日・金曜日		11時～15時	
初診日の調整方法	日時調整の方法をお選びいただき、下記にチェックを入れてください。			
	☐ 患者さんと当院が調整 ☐ 紹介元医療機関と当院が調整			
初診日について	※組織での検査を希望される場合は申込日から1ヶ月以内、 血液での検査を希望される場合は申込日から翌日以降で初診日をご案内します。			
	・1ヶ月以内で、ご来院に不都合なお日にちがありましたら下記にご記入ください			
希望される検査	※組織検体での検査を希望される場合、FAX確認後に検体送付依頼の連絡を行います。			
	☐ 組織検体での検査(腫瘍含有量によりご希望に沿えない場合もあります) ☐ 血液検体での検査			

個人情報を送信できない場合は、可能な部分を記載し、送信後に下記へご連絡ください。

また、予約に関するお問い合わせも下記へお願いいたします。

がんゲノム外来(腫瘍内科) 連絡先 TEL: 043-222-7171 (代表) 内線: 6596