FAX送信票（086-294-9556）受付平日午前８時30分～午後５時15分

休診日 土曜・日曜・祝日　年末年始

**(がんゲノム医療)紹介予約申込書　　　　　　　　　　　　　　　年　　　　月　　　　日**

**岡山医療センター　がんゲノム医療センター　御中**

診療科 　　　　　　　科

担当医　　　 　　先生　　　　　　　　　　　　　　　≪紹介元医療機関≫

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　所在地　〒

　　　　　　　　　　　　　　　　　　 電話番号

　　　　　　　　　　　　　　　 FAX番号

　　　　　　　　　　　 　診療科

　　　　　　　　　　　　 医師氏名

　　　　　　　　　　　　 個人のE-mail

　　　　　　　　　　　　　（連絡担当者　　　　　　　　　　）

≪カルテNo．≫ 　　　　　　　　　　　　　※診察券をお持ちであればご記入ください。

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| フリガナ |  | | 生年月日・性別 | |
| 患者氏名 | ※旧姓（　　　　） | | 西暦　　　年　　月　　日　　（　　　歳）  □男・□女 | |
| 住所〒 | | | | |
| 電話番号 |  | 携帯番号 | |  |
| 現在の状況 | □入院中　□車いす/ストレッチャー必要 | | | |

◆まずは紹介予約申込書と一緒にFAXしてください。またこちらから連絡を致します。

□診療情報提供書

□病理診断報告書（組織検体ありの場合）

◆受診につきましては、担当医師の外来日になります。

◇診察までに必要な書類を郵送して頂きます。

□診療情報提供書（原本）

□病理診断報告書（組織検体ありの場合）

□病理切出図/写真

□病理組織HE標本

□C-CAT情報

　　　　　　　　　　　　　　　　　　≪問い合わせ先≫

　　　　　　　　　　　　　　　　〒701-1192　岡山県岡山市北区田益1711-1

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　独立行政法人国立病院機構

　岡山医療センター　がんゲノム医療センター

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 事務員　倭　ゆかり（内線8904）

看護師　山下 睦子（内線8185）

TEL:086-294-9911代表（内線8904）

E-mail:yamato.yukari.bd@mail.hosp.go.jp

　令和6年4月1日