

(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