令和　　年　　月　　日

**診療情報提供書（紹介状　がんゲノム医療用）**

国立病院機構岡山医療センター

診療科　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 　医療機関

医 師　　　　　　　　　　　　　先生　　　　　　　　 　　 所在地

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　電話番号　　　　　　　　　　　　FAX

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　診療科 医師　　　　　　　　　　　印

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| ふりがな |  | | せ生年  月日 | 明・大・昭・平・令  　年　　月　　日生  （　　　　　　　　歳） | 来院方法 |
| 氏名 | □男性□女性 | | □歩行　□車椅子  □ストレッチャー  ご家族の同伴　　□有　□無  **※できる限りご家族の同伴をお願いします** |
| 住所 | 〒   1. 自宅電話番号　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　②連絡先〔携帯・その他（　　　　）〕 | | | | |
| 紹介目的 | がん遺伝子パネル検査希望 | | | | |
| 診断名  （原発臓器） |  | 既往歴  家族歴 | | 薬剤アレルギー（有・無） | |
| 病状経過と  治療経過  検査所見  （別紙添付可） |  | | | | |
| 処方内容 |  | | | | |

令和6年４月１日