

阪和記念病院 ゲノム外来専用診療申込書

年 月 日

紹介元医療機関

診療科

TEL

醫師名

FAX

ふりがな 患者氏名		性別	生年月日	年	月	日
		男・女		()歳		
患者住所	〒		電話番号	自宅：		
				携帯：		
錦秀会受診歴	☐ 有 ☐ 無		※有の場合診察番号 ()			

依賴內容

疾患名	
紹介目的	☐ 別紙参照（貴院で使用している診療情報提供書を添付下さい）
実施済みの 遺伝学的検査	☐ 有 ☐ 無 ※有の場合、検査結果報告書も添付してください。 検査種類： 結果：
家族歴	☐ 有 ☐ 無 続柄： 診断名： ⇒有の場合、遺伝学的検査は実施済みか： ☐ はい ☐ いいえ ⇒実施済みの場合、結果の送付・持参は可能か： ☐ はい ☐ いいえ

遺伝カウンセラーからの事前連絡について

受診日の調整や家族歴の確認等のため、当院の遺伝カウンセラーより患者さま（またはご家族さま）へお電話でご連絡いたします。連絡に際してのご希望がございましたらご記入ください。

連絡先	電話番号	☐ 自宅 ☐ 携帯 ☐ どちらでもよい
	続柄	☐ 本人 ☐ 父 ☐ 母 ☐ 子 ☐ きょうだい ☐ 配偶者 ☐ その他（ ）
	希望時間帯：	☐ 午前 ☐ 午後 ☐ 指定なし ※平日のみ ☐ その他（ ）
	留守番電話へのメッセージ： ☐ 可 ☐ 不可	

- ★ 診療情報提供書および関連する検査データ等を添付のうえ、FAXにてお申し込みください。
- ★ お申し込み後、受入可否の検討および受診前準備のため、当院の遺伝カウンセラーから紹介元医療機関へ連絡し、追加情報の提供をお願いする場合がございます。

遺伝学的検査・遺伝カウンセリングに関する問い合わせ → 06-6696-5591(代表)から「ゲノム外来」へ

FAX送信先 → 06-6696-0106（直通） 阪和記念病院 地域医療連携課