

受診者情報			
フリガナ 患者氏名	(男・女)	年齢	歳
		生年月日	西暦 年 月 日
居住地	都道府県	区市郡	
電話番号	①	②	③
当院 受診歴	<input type="checkbox"/> あり 診察券番号 () <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 不明		
病名	貴院受診状況		<input type="checkbox"/> 外来通院中 <input type="checkbox"/> 入院中→当該検査は該当しません
原発 臓器	<input type="checkbox"/> 食道 <input type="checkbox"/> 胃 <input type="checkbox"/> 十二指腸小腸 <input type="checkbox"/> 結腸直腸肛門 <input type="checkbox"/> 肝胆膵 <input type="checkbox"/> 頭頸部 <input type="checkbox"/> 肺縦郭 <input type="checkbox"/> 乳腺 <input type="checkbox"/> 子宮卵巣 <input type="checkbox"/> 骨軟部 <input type="checkbox"/> 小児 <input type="checkbox"/> 脳脊髄 <input type="checkbox"/> 皮膚 <input type="checkbox"/> 甲状腺 <input type="checkbox"/> 眼 <input type="checkbox"/> 泌尿器 <input type="checkbox"/> その他 ()		
	※診療情報提供書も一緒にFAXしていただけないと、予約をお引き受けできません。		
検査の種別	<input type="checkbox"/> 病理検体による検査希望 (検体不良の場合は、紹介元にお戻りする) <input type="checkbox"/> 病理検体による検査希望 (検体不良の場合は、血液検体での検査を実施する) <input type="checkbox"/> 血液検体での検査を希望 具体的な検査の指定がある場合は、診療情報提供書に記載してください。		
事前チェックリストにて、がん遺伝子パネル検査の適応であることを確認した。			<input type="checkbox"/> はい
予約希望情報			
予約日 (早くても お申し込み から1週間 はかかりま す)	ご希望の曜日を記入してください。 予約希望曜日 <input type="checkbox"/> 火曜 <input type="checkbox"/> 水曜 <input type="checkbox"/> 木曜 <input type="checkbox"/> 曜日指定なし 受診できない日： ※予約日時に関してご希望に沿えない場合がございます。その場合は当院よりご連絡いたします。		
紹介元情報・予約日時の連絡方法			
(送信元) 医療機関名			
医療連携 ご担当者様			
直通TEL (医療連携室等)			
回答先FAX			
ご担当医	(医師名・診療科)		
貴院への連絡方法	予約日を確定後、2営業日以内にFAXにて予約票を送付致します。		

本申込書および診療情報提供書を当院医療連携室にFAXしてください。

FAX 番号 0463-93-1125

医療機関からの予約に関する問い合わせは下記へお願い致します。

連絡先 医療連携室 TEL : 0463-93-8495 (直通 : 医療機関専用)

(平日 8:30~16:00、第1・第3・第5土 8:30~12:00)

*祝日、年末年始、建学記念日 11月1日を除く

主治医からの病理検体・適応に関する問い合わせは下記にお願い致します。

連絡先 TEL : 0463-93-1121 (代)

(平日 9:00~16:00)

病理検体に関する問い合わせ先 : 病理診断センター(内線 : 6561)

適応等に関する問い合わせ先 : 遺伝子診療科 ゲノムコーディネーター(PHS : 5069)