

**がん遺伝子パネル検査専用**

**事前診察申込書**

**FAX024-547-1075**

《申込み受付時間》 月～金 9:00～19:00 土 9:00～12:00

【予約受付時間外のお申込みにつきましては、翌診療日の受付となりますのでご了承ください。】

※診察は患者さんご本人しか行いません。ご本人の同意があってもご家族の方だけで受診することはできません。この申込書は地域連携用です。患者さんからの直接の申込はお受けしておりません。

入 っ だ ら か に ○ を 付 け て お 日 に ち を ご 記 入 し て く だ さ い	( ) 受診希望日 ( ) ご都合の悪い日	( ) 希望日なし
	■ 紹介患者さんの診断名	
	■ 紹介目的 : がん遺伝子パネル検査 ○印のご記入をお願いします : 保険診療検査 or 自由診療検査 or 両方	
予 約 情 報	■ 必ずご記入をお願いいたします→「エキスパートパネル(EP)開催前臨床情報提供書」FAXにて診療情報提供書とともに送信をお願いいたします	
	■ 連絡事項があればご記入ください	
	■ 受診希望「診療科名・担当医」 ※都合により希望に沿えない場合もあります [ 当院医師との連絡調整 : 済 ・ 未 ]	
↓ 受診希望診療科に○印		
腫瘍内科		
消化器内科		
呼吸器内科		
呼吸器外科		
脳疾患センター脳神経外科		
甲状腺・内分泌診療センター(内科)		
甲状腺・内分泌診療センター(外科)		
小児腫瘍内科		
呼吸器外科		
消化管外科		
肝胆膵・移植外科		
乳腺外科		
整形外科		
婦人科		
眼科		
皮膚科		
泌尿器科・副腎内分泌科		
耳鼻咽喉科・頭頸部外科		
放射線治療科		

受 診 者 情 報	医大受診歴 <b>有 ・ 無</b>	医大患者ID	
	フリガナ		性 別 男 ・ 女
	氏名	(旧姓)	
	生年月日	明・大・昭・平・令 年 月 日生	
	住 所	〒 -	
	電話番号		

紹 介 元 医 療 機 関 情 報	名称及び住所	
	電話番号	
	FAX番号	
	医師名 <small>(出来るだけフルネームでのご記入をお願いいたします)</small>	科 先生

予  
約  
日  
程

(注1)放射線検査(CT, MRI)・核医学検査(RI)の予約を希望される場合は、指定書式の「検査依頼書」及び「同意書」も併せて送信してください。(指定様式が不明の際はご連絡ください。FAXにてお送りいたします。)  
 (注2)核医学検査の「心筋シンチ」は地域連携による予約はできませんので、まず循環器内科へご紹介ください。  
 (注3)PET検査のご予約については、PET検査室(024-547-1383)へご連絡ください。

この事前診察申込書に記載された患者さんの個人情報、福島県立医科大学附属病院における患者登録及び診療予約の業務で使用します。個人情報の使用について患者さんから御同意をいただいた上でお申し込みください。