

名古屋大学医学部附属病院

「がん・生殖医療相談外来」申込書

令和 年 月 日

太枠内をご記入ください。

(ふりがな)		生年月日	明・大・昭・平・令 (年齢 歳)	
患者さんの氏名	(男・女)		年	月
患者さんの現住所	〒 電話 () - 携帯電話 () -			
当院への受診歴	ある・ない (ある場合は右記をご記入ください)		診療番号	- -

※ご家族が相談される場合は、患者さん本人の同意書も必要となります。本人が相談される場合は記入不要です。

(ふりがな)		患者さんとの続柄	
代理人の氏名	(男・女)		
代理人の現住所	電話 () - FAX () -		

※こちらにご記入いただいた内容をもとに医師と調整いたしますので、できるだけ詳しくご記入ください。

ご都合の悪い日	(相談外来は「火曜日」です。ご都合の悪い日があれば、ご記入ください。)			
疾患名	1. 2.			
相談内容	(ご自由にお書きください。別紙でも結構です。)			
持参できる資料	1. 診療情報提供書 (紹介状) 2. 血液検査記録 3. 生理学検査の結果 (心電図・呼吸機能・脳波など) 4. 超音波検査の結果と画像 5. CT/MRI検査などのフィルム 6. 病理検査報告書 7. その他 ()			
現在の状況	1. 入院中 → 下記に病院名等をご記入ください。 2. 通院中 → 3. 自宅療養中			
現在受診されている病(医)院について	病(医)院名			
	診療科		医師名	
	連絡先	電話 () -	FAX () -	

病院使用欄 (記入しないでください)

受付年月日	令和 年 月 日	診療番号	
相談日時	令和 年 月 日 ()	時	分

※このFAXには、個人情報を含む機密情報が含まれており、名古屋大学医学部附属病院に送られています。もし、誤って届いた場合は破棄していただき、お手数ですがその旨を送信者 (患者さん) 宛、お知らせくださるようお願いいたします。