# がん遺伝子パネル検査（保険）診療申込書(FAX送信用)

名古屋大学医学部附属病院 医事課外来係 病診連携室　電話：052-744-2839　FAX：052-744-2780

**患者さんの同意の下、診療を申し込みます。**　　令和　　年　　月　　日

## １．紹介先診療科

※該当する診療科に〇印をご記入願います

| 〇印 | 診療科 | 初診日 |
|---|---|---|
| | 消化器関連　※ | 月・水・金　（午後） |
| | 乳腺・内分泌外科 | 金（午後） |
| | 整形外科 | 火 |
| | 産婦人科 | 水（午前） |
| | 皮膚科 | 月・火・水・金　（午前） |
| | 泌尿器科 | 火（午後） |
| | 耳鼻咽喉科 | 木（午後） |
| | 歯科口腔外科 | 火・水・金 |
| | 脳神経外科 | 水（午後） |
| | 呼吸器内科 | 金（午後） |
| | 小児科 | 木（午後） |
| | 化学療法部 | 金（午後）※応相談 |

※消化器がんは外科一・外科二・内科共通の外来です　　※該当する診療科が不明な場合は化学療法部での対応となります

## ２．紹介元医療機関

〒

住　　所

医療機関名

診療科名

医師氏名

電　　話

ＦＡＸ

※当院使用欄

受診日時

月　　日（　　）　　時　　分

## ３．紹介患者情報

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| フリガナ | | 旧姓 | 性別 | 生年月日 | 大正　昭和　平成　令和 |
| 患者氏名 | | | 男　女 | | 年　　月　　日（　　歳） |
| 住　　所 | 〒□□□－□□□□ | | | | |
| 自宅電話 | | 名大院受診歴 | 有　　無　　不明 | | |
| 携帯電話 | | IDがわかればご記入ください | ＩＤ： | | |
| 緊急連絡先 | | ※1 入院中もしくは退院日には、がん遺伝子パネル検査を目的とした名大病院の受診はできません。 | | | |
| 連絡先が複数の場合は、名大病院からかける順番をつけてください。<br>また、患者本人以外に連絡する場合は、続柄もご記入ください | | ※2 日本の公的医療保険に加入されている方がお申し込みいただけます。 | | | |

## ４．必要書類　※全て揃っていることをご確認ください

- ☐ がん遺伝子パネル検査に関する診療情報提供書　※Excel内の薬物療法シートも忘れず印刷して添付してください
- ☐ 採血データ（直近のもの）
- ☐ がん家族歴問診票
- ☐ 病理診断報告書（写し）　※組織検体は初診当日にご持参ください

※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、お手数ですがその旨を上記２の紹介元医療機関宛にお知らせくださるようお願い致します。