

紹介連絡・予約申込

FAX 0853-20-2063(地域医療連携センター)

患者さんの同意のもと、この連絡・予約申込票を送信します。予約をお願い致します。

※太枠内を記入ください。

紹介元情報			
紹介元医療機関名		医師名	
電話		FAX	
患者様情報			
フリガナ		旧姓	性別
患者氏名		様	男・女
生年月日	明・大・昭・平	年	月 日 歳
住所	〒	電話	— —
		携帯	— —
病名			
都合の悪い日			
<input type="checkbox"/> 検査希望 (予約確定後、こちらから病理標本依頼をFAXします)			
<input type="checkbox"/> 検査説明のみ希望 (患者様来院後、検査希望となった場合に病理標本依頼をこちらからFAXします)			

※本紙と同時に紹介状をFAXしていただきますようお願いいたします。

※がんゲノム医療外来は、受診準備のため1週間後以降の受診日をご案内いたします。担当医との調整により受診日が決まりますので、ご連絡までに最大3日程度お時間をいただく場合があります。ご了承くださいませようお願いいたします。

※予約受付後、当院より「病理検体の提供依頼書、検体送付・受領書」をFAXにて送信させていただきます。当該文書に従い、「手術・生検時の病理検体」、「病理診断書の最終報告書コピー(手術材料の場合、該当するブロックが記載されている切り出し図コピー)」をご準備願います。



お問い合わせ先

島根大学医学部附属病院 地域医療連携センター

TEL: 0853-20-2061

FAX: 0853-20-2063