

FAX 0853-20-2063 (地域医療連携センター)

がんゲノム医療外来予約申込書

令和 年 月 日

※太枠内を記入ください。

紹介元情報			
紹介元 医療機関名		診療科名	
		医師名	
電話		Fax	
患者情報			
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	〒 -		
自宅電話	- -	携帯電話	- -
病名			
都合の悪い日			

※患者さんの同意のもと、紹介状と本申込書を 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予約日が決まりますので、ご連絡までに数日いただく場合があります。ご了承いただきますようお願いいたします。

※受診後、提出予定検査に応じた検体準備のご依頼をします。



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