＜**がんゲノム医療外来**＞診療依頼ＦＡＸ用紙

　　　　　　　　　　　年　　　月　　　日

|  |  |
| --- | --- |
| 医療機関名FAX No：087-802-1160送付先：香川県立中央病院 患者サポートセンター医師名電話番号FAX番号 |  |
| フリガナ | 性　別 | 生 年月 日 | 明・大昭・平　　　　年　　　　月　　　　日 |
| 患者氏名 | 男・女 |
| (旧姓) |  | 年齢 | 歳 |
| 住　所　〒ＴＥＬ　　　（　　　　　）　　　　　　 |
| 中央病院の受診歴 | □　有 　　□　無 |
|  | 目　　的 | □　治療抵抗性　　　　□　原発不明がん □　稀少がん□　その他（ ） |
|  | 病　　名 |  |
|  | 病理標本 | □　ブロック　+　HE染色当院でスライド作成後、残りとHE染色は返却* その他

　（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）* なし

　生検可能部位　　□　有　　　□　無 |

・　がんゲノム医療外来申し込み後、受診日を調整しお申し込みいただいた医療機関へご連絡いたします。

・　ＦＡＸ受付時間　　平日（土日祝・年末年始を除く｡）８：３０～１７：００

・　診療情報提供書は本用紙と一緒にFAX送信ください。

・　病理標本は医療機関からの郵送等でがんゲノム医療外来までにご提供ください。

お問い合せ先：香川県立中央病院　患者サポートセンター　受診支援室

電話番号087-802-1144（直通）　087-811-3333（内線2200）