

まずはお電話にて申し込みください。

※ 作成日 年 月 日

遺伝診療部予約申込書 【電話番号：073-441-0871】

和歌山県立医科大学附属病院 遺伝診療部あて	紹介元医療機関の所在地及び名称 診療科名 医師氏名 印 電話 () - FAX () - 当院との遺伝カウンセリング連携状況 <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし [※診療科名・医師氏名・連絡先電話番号についても必ずご記入ください。]
--------------------------	----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

患者基本情報

※ 当院受診歴 <input type="checkbox"/> 有 ・ <input type="checkbox"/> 無 ・ <input type="checkbox"/> 不明				
受診歴有の場合、患者番号が分かればご記入ください。 ⇒				
フリガナ	(男・女)	生年月日	明・大・昭・平・令	年 月 日生(歳)
患者氏名	旧姓)	職 業		
住 所	〒	—	自宅電話 ()	—
	都道	市 区	携帯電話 ()	—
	府県	郡 町		
傷病名 (傷病名は日本語でお願いします。)				

(個人情報の取り扱いについて)
 ご記入いただいた患者さんの個人情報については、当院の事前診療予約に関する業務のみに使用し、他の目的では使用しません。

《リムパーザのコンパニオン診断後の遺伝カウンセリング用です》

1. 遺伝カウンセリングの費用は保険適応ですが、ご家族の検査などにかかる費用は自費となりますので、説明をお願いします。
2. 毎週水曜日の午前のみで完全予約制です。
3. 検査結果を事前にお送りください。
 当院でも再度遺伝子変異について検討いたしますので、約1か月後を受診の目途としてください。
4. 臨床遺伝専門医と認定遺伝カウンセラーが担当いたします。乳腺外科医はおりませんので了解ください。(治療についてのカウンセリングではありません。)

注) 受付時間；平日9：00～16：00
 お電話で予約取得後、この用紙を下記あてにFAX願います。

お問い合わせ先
 和歌山県立医科大学附属病院周産期情報センター
 FAX：073-441-0819