

独立行政法人国立病院機構名古屋医療センター
がんゲノム医療相談外来申込書

年 月 日

【相談者】 患者本人 患者本人と家族

患者情報	(ふりがな)		生年月日	(年齢 歳)
	氏名	(男・女)		年 月 日
	現住所	〒 - 必ず連絡のとれる 電話番号 () - FAX () -		
	当院への受診歴	<input type="checkbox"/> ある <input type="checkbox"/> ない ※ある場合は診察券番号 ID: -		

希望日	第一希望	年 月 日 (曜日)	<input type="checkbox"/> 希望なし
	第二希望	年 月 日 (曜日)	

※申し込み期限は予約希望日の1週間前までとさせていただきます。

【紹介医療機関】

病(医)院名		医師名	
TEL	() -	FAX	() -

確認事項

受診当日、診療情報提供書以外にご持参頂ける検査資料等にシ点をして下さい
<input type="checkbox"/> 検査資料 (採血結果・画像など)
<input type="checkbox"/> 腫瘍組織ブロック: 腫瘍組織ブロック提供が困難な場合は、以下の組織切片スライドの提供をお願いし
腫瘍組織スライド: 検体の腫瘍含有率は腫瘍組織20%以上を目安としてください。
<input type="checkbox"/> ・10μm厚 未染色FFPE切片 5枚 又は 5μm厚 未染色FFPE切片 10枚 ・HE染色スライド 1枚
<input type="checkbox"/> 腫瘍組織検体の提供なし

※ご不明な点は、病院ホームページをご確認下さい。

「地域連携部のご案内 → 各種申請書・様式のダウンロード → がんゲノム医療相談外来のご案内」

●名古屋医療センター FAX番号 052-951-1207