

診療依頼書（がんゲノム診療外来専用）

外来患者 入院中 入所中
年 月 日

市立長浜病院 地域医療連携室	FAX (0749) 65-2730 TEL (0749) 65-2720 68-2345	受付時間 午前8時30分～午後7時 休診日：土、日、祝祭日、 年末年始
--------------------------	---	--

紹介元医療機関名・医師名	TEL () -
	FAX () -

フリガナ			性別
患者氏名		(旧姓)	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女
生年月日	西暦・大・昭・平・令	年 月 日	(歳)
住所	〒 -		TEL () -

傷病名		保険情報 該当するものに✓をつけてください。
紹介目的	がんゲノム診療外来の診察	<input type="checkbox"/> 健康保険 <input type="checkbox"/> 生活保護 <input type="checkbox"/> その他 ()
診察希望日	※診察日は火曜日（午後）・水曜日（午前・午後）になります <input type="checkbox"/> 希望あり 第1希望 月 日 第2希望 月 日 <input type="checkbox"/> いつでも可能	

※がんゲノム診療外来の予約には以下のものをご準備いただき、地域医療連携室までご郵送ください。

- 診療依頼書（がんゲノム診療外来専用） ※事前にFAXしてください
- がん遺伝子パネル検査診療情報提供書 ※事前にFAXしてください
- 病理組織検体 ※組織検体がない場合はご相談ください
- 病理診断書の写し
- 直近の画像データ（CD-R等）
- 直近の血液データ

郵送先	〒526-8580 滋賀県長浜市大成亥町313番地 市立長浜病院 地域医療連携室 宛
-----	--