

名古屋市立大学病院 診療予約申込票（がんゲノム外来専用）

FAX : 052-858-7130 TEL : 052-858-7131
 お申し込み受付時間： 平日 8:30~19:00 土曜日：8:30~12:30

令和 年 月 日

紹介元医療機関名
 所在地
 担当医名
 電話番号
 FAX番号

予約日の日程調整は、名市大が
 医療機関と行う

注意点

- ・がんゲノム外来は、**水・木・金の午後のみ**、**申込日から1週間後以降**の予約取得になります。
- ・**ゲノム外来用テンプレートの紹介状**（「名古屋市立大学病院 がんゲノム外来」でweb検索→「受診の方法」欄にテンプレートがあります）を、予約申込票とともにFAXで送信してください。
- ・こちらは初診専用の予約申込票です。再診の予約は代表電話（TEL:052-851-5511）までご連絡ください。

		がんゲノム外来	
受診希望 診療科	がん種（ ）		
	医師の指名 1. あり⇒（ ）医師 2. なし ※指名する場合は医師名、指名しない場合は「がんゲノム外来 担当医」と紹介状の宛名に記入してください。		
診療希望日時 水木金 午後のみ	申込日から1週間後以降でご予約ください		
	第1希望：令和 年 月 日（ ） 時頃		
	第2希望：令和 年 月 日（ ） 時頃		
患者さん	氏名等	フリガナ（ ） 貴院のID（ ） 氏名： 様（旧姓： ） 性別 男・女	
	生年月日	大正・昭和・平成・令和 年 月 日生（ 歳）	
	電話	（日中に必ず連絡がつく番号を記入してください） 自宅 — — 携帯 — —	
	住所	〒 -	
	外国籍の方	日本の公的医療保険： <input type="checkbox"/> 加入 <u>未加入の方は医療ツーリズムを通してご受診ください</u> 日本語： <input type="checkbox"/> 可 <input type="checkbox"/> 不可	
紹介理由 <input type="checkbox"/> ゲノムパネル検査 <input type="checkbox"/> その他			
貴院に <input type="checkbox"/> 通院中 <input type="checkbox"/> 入院中⇒退院せずに当院を受診する予定ですか？ <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ			
当院受診歴 <input type="checkbox"/> あり（ID No. ） <input type="checkbox"/> なし			

*以下は事務処理欄ですので記入しないでください。

ID No.（ ）	予約登録		予約票送付		紹介患者登録・アクセス権
-----------	------	--	-------	--	--------------