

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）

令和 年 月 日

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

予約日の日程調整は、名市大が
医療機関と行う

紹介元医療機関名
所在地
担当医名
電話番号
FAX番号

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 |
|-----------|------|--|-------|--|--------------|