

【院外用】臨床遺伝科診療申込書

平成 年 月 日

青森県立中央病院臨床遺伝科外来 宛
(FAX 017-726-8162)

所在地： _____
医療機関名： _____
医師名： _____
電話： _____
FAX： _____

(クライアント情報)

フリガナ		生年月日	男・女
氏名	様 (旧姓)	明・大・昭・平 _____ 年 _____ 月 _____ 日生	歳
病名			
相談目的 ・ 遺伝子検査 ・ 現在かかっている遺伝疾患について詳しく知りたい ・ 遺伝カウンセリング ・ その他：ご記入ください () * 親子鑑定は行っていません。			
受診希望者の連絡先 * 詳細や日程調整を何うために臨床遺伝科看護師よりご連絡します。 電話番号 _____ 都合のよい時間 (平日 8:30~16:00 の間に限る) _____ 時頃 連絡時の配慮の希望： <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり：病院名、診療科名、他 () を伝えないでほしい			
住所 〒 _____			
電話番号 _____			
保険者番号	1 本人 2 家族		
記号	番号	有効期限 年 月 日	
公費番号	受給者番号	県病来院歴 有・無 有の場合：ID番号	

※記載していただいた内容は、臨床遺伝科の診療の目的以外には使用しません。

※疾患と診療内容に応じて、保険診療に該当することもあります。

連絡窓口 青森県立中央病院 医療連携部

電話 017-726-8377 (平日午前9時から午後4時まで)