

臨床遺伝科診療予約申込書

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・令 _____ 年 _____ 月 _____ 日生 | 歳 |
| 病名 | | | |
| 相談目的 ・ 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 ・ 遺伝子検査 (主に単一遺伝子検査) ・ がん遺伝子パネル検査 (関連する複数の遺伝子検査) がん遺伝子パネル検査をご希望の場合は「患者基本情報(別紙)」に記載の上、 受診当日ご持参ください。 ・ 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 * 詳細を伺うために臨床遺伝科看護師よりご連絡することがあります。 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)