

FAX 0234-31-7101

FAX送信票／日本海総合病院 がん遺伝子パネル検査 予約申込書

送信日 令和 年 月 日

【送信先】

日本海総合病院
がん相談支援センター
〒998-8501
山形県酒田市あきほ町30番地
電話：0234-26-2001（代表）
FAX：0234-26-5114

【送信元】

医療機関名：
所在地：
電話番号：
FAX番号：
主治医診療科：
主治医氏名：
（連絡担当者： ）

【患者情報】

フリガナ		性別	生年月日	大正・昭和 平成・令和	年 月 日生（ 歳）
氏名	様	男・女			
住所	〒 —				
電話	()	日本海受診歴	無・有（ 科）		
携帯番号	()	来院時の状態	独歩・車椅子・ストレッチャー		
紹介目的	がん遺伝子パネル検査（保険診療 / 自由診療 / 保険適用できない場合自由診療でも可） ※セカンドオピニオンを御希望の場合は別途御相談ください。				

【対象疾患】 対象疾患名に○をつけてください。

対象疾患	診療科	対応日
食道癌／胃癌／大腸癌／膵癌／胆管癌／肝臓癌／原発不明癌	消化器内科 外科	消化器内科（水） 外科（水、木）
乳癌	乳腺外科	水
前立腺癌／腎癌／膀胱癌／尿管癌／男性生殖器系全般	泌尿器科	水

※FAX送信後、以下の必要物を持参して受診をお願いいたします。

申込時

- (1) 専用FAX用紙（別紙様式1）【本紙】
- (2) 専用診療情報提供書（別紙様式2）

持参物

- (2) 専用診療情報提供書（別紙様式2）
- (3) 直近の検査データ
- (4) 直近のCT画像データ
- (5) 病理レポート



受診希望日 希望日なし（いつでも可※最短の日時で御予約）

第一希望	月 日 (時 分)	第二希望	月 日 (時 分)	第三希望	月 日 (時 分)
------	---------------	------	---------------	------	---------------

当院受診時に入院中の予定ですか はい・いいえ 「はい」の場合→入院料等の算定情報を記載した連絡文書を御持参ください。