

**高知大学医学部附属病院（がんゲノム医療外来受診専用）**  
**F A X 送信票（088-880-2774）**

年 月 日

高知大学医学部附属病院  
 がんゲノム医療外来  
 ゲノム医療コーディネーター 行

紹介医療機関名

所在地  
 電話番号  
 F A X 番号  
 医師氏名

科

印

受診診療科	科
希望医師名 または 専門領域	<b>がんゲノム医療外来</b>
紹介状 ※必ずご用意 ください	<input type="checkbox"/> 紹介状を添付 <input type="checkbox"/> 紹介状は後から F A X する （本日 中 ・ 月 日）
依頼内容	※紹介状が遅れる場合にご記入ください <b>病名</b>
緊急性	<b>緊急性の有・無等について</b>
第一希望	年 月 日 （ 時 頃）
第二希望	年 月 日 （ 時 頃）
第三希望	年 月 日 （ 時 頃）

ふりがな		男・女
患者氏名		
生年月日	明治・大正 年 月 日生 昭和・平成 ( 歳)	
現住所	〒	
電話番号	( 方)	

※事前のカルテ作成に必要ですので、記入をお願いいたします。

【その他連絡事項】
-----------

※予約状況によりご希望にお応え出来ない場合がございます。ご了承くださいませ。

高知大学医学部附属病院での受診歴（無・不詳・有 = ID : _____）旧姓（ _____ ）
--

備 考 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

**本票と紹介状をFAXしてください。**

診察日が決定しましたら、予約日時を記載した診療予約票を返信します。

「紹介状の原本」と「予約票」は、患者さんにご持参いただけるようお渡しく下さい。

※ F A X 受付時間は **8時30分～16時00分** です。

※ F A X は 24 時間稼働していますが、上記時間外または休診日にお送りいただきますと、翌日もしくは休み明けの返信となります。ご了承くださいませ。

※受診希望日がある場合は、受診希望日の前日（休診日の場合は休診日の前日）までにお送りください。

《お問合せ先》

高知大学医学部附属病院 （代表TEL）（088）866-5811 （平日8時30分～17時00分）

がんゲノム医療外来