**大阪市立総合医療センター　がんゲノムに関わる受診外来　申込書**

**FAX番号　06－6929－0886（地域医療連携室）**

**電話番号　06－6929－1221（代表）**

年　　月　　　日

**記入欄（太枠内についてご記入下さい）**

　　　　　　　　　〒

申込者(相談者) 　住　所

フリガナ

申込者(相談者)　　氏　名　　　　　　　　　　 　　患者との続柄　本人、家族（続柄　　　　　　）

|  |  |
| --- | --- |
| 患者様の氏名、性別 | フリガナ　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　様　（　男　　女　） |
| 生年月日（年齢） | （大正　昭和　平成）　　　　年　　　月　　　日　生（　　　　　歳） |
| 患者様の住所□　申込者に同じ | 〒 |
| ご連絡先 | TEL　　　　　　　　（　　　　　）　　　　　　　携帯電話をお持ちの方は必ず記入して下さいFAX　　　　　　　　（　　　　　） |
| 疾患名（おわかりになる範囲で） |  |
| ご相談内容 | 抗がん剤適応に関する遺伝子診断について |
| 検体の有無 | □　有　□　無　 |
| ご都合のつかない日 | ＊医師の都合を確認し、日程のご連絡をさせていただくことになります |
| 現在かかっている医療機関と主治医名 | 　　　　　　　　　　　　　　　　　　　病院　　　　　　　　　　　科　　　　　　　　　　　　　　先生 |

がんゲノム医療外来担当　記入欄（氏名　　　　　　　　　　　　）

|  |  |
| --- | --- |
| 説明担当医師名 | 　　　　　　　　　　　科　　　　　　　　　　　　　　先生（内線　　　） |
| 説明希望日時 |  |