大阪市立総合医療センター

◇がんゲノム医療外来診察申込書◇

地域医療連携室　ＦＡＸ：０６－６９２９－０８８６
ＴＥＬ：０６－６９２９－３６４３

都合のつかない日

※がんゲノム医療外来の診察予約日は、
月～金の午後でご案内します。

紹介区分	保険診療　・　自由診療

貴医療機関
所在地
名称
科・医師名
電話
FAX

患者情報

フリガナ		男・女	大　・　昭　・　平　・　令
患者氏名	さま		年　月　日（　歳）
センター受診歴	□ 有　（登録番号　）	□ 無	□ 不明
住所	〒　－	電話	自宅　－　－ 携帯　－　－
保険	□ 国保　□協会　□共済　□組合　□後期高齢　□生保		
保険者番号		記号・番号	●
被保険者	本人・家族　（被保険者氏名　）	負担割合	割
資格取得	年　月　日	有効期限	年　月　日
公費番号		受給者番号	
資格取得	年　月　日	有効期限	年　月　日

次のものをご用意ください。

① 診察予約依頼書(本書)
② 診療情報提供書
③ チェックリスト(医師記載用)
④ チェックリスト(患者記載用)
⑤ 情報登録用紙　及び　別紙
⑥病理組織診断結果(写し)
⑦画像データ(CD)
⑧腫瘍組織
(ホルマリン固定パラフィン包埋（FFPE）未染色スライド標本)
⑨健康保険証類

予約申込の際は、①～⑥をFAXしてください。
調整後、後日、診察予約票をFAXさせていただきます。
診察日に、診察予約票、②～⑤の原本及び⑥、⑦、⑧、⑨をお持ちいただくよう患者さんにご説明ください。
※リキッドバイオプシーの場合は、⑥・⑧は不要です。　※自由診療の場合は、⑤は不要です。

総合医療センター記載欄　　月　日　対応者（　）

初診　・　再診	ＩＤ		□
診療科　がんゲノム医療外来	担当医　医師		□
日　時　月　日（　）　時　分			□