

令和 年 月 日

香川大学医学部附属病院家族性腫瘍遺伝相談申込書・予約依頼書

私は、遺伝子に関する相談または情報提供のみを受けること及び自由診療料金として定められた料金を支払うことに同意し、次の内容で貴院の遺伝子相談外来を申込します。

また、私が申請者本人であることを証明するために、貴院から依頼された確認書類等を提出することについても同意いたします。

申請者	住所	〒 —			
	ふりがな		男・女	患者との続柄	(1)本人 (2)家族 ()
	氏名				
	生年月日	大正・昭和・平成・令和 年 月 日(歳)			
	連絡先	電話 Eメール			
相談の対象となる患者 (患者本人が申請する場合は記載不要)	住所	〒 —			
	ふりがな		男・女	生年月日	大正・昭和・平成・令和 年 月 日 (歳)
	氏名				
香川大学医学部附属病院の受診の有無	上記に記載された方が当院を受診されたかどうかを記入してください。 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 登録番号(ID)(— —) 診療科() 担当医()				
相談を希望する疾患	<input type="checkbox"/> 遺伝性・家族性のがん(腫瘍)と診断されている。 <input type="checkbox"/> 家族に同じがんになった人が複数いる。 <input type="checkbox"/> 50歳以下の年齢時にがん(腫瘍)の診断を受けた。 <input type="checkbox"/> その他() 相談内容を簡単にご記入ください。				
診断された病院	<input type="checkbox"/> 香川大学医学部附属病院()科 <input type="checkbox"/> その他()病院()科				

【病院記載欄】

予約日	令和 年 月 日() 時 分
担当医	()科 ()医師
相談場所	()外来
申請者への連絡	月 日() 親展文書で送付

担当者からご相談内容についてお尋ねすることがありますので、ご了承下さい。