

## 横浜市立市民病院 がんゲノム外来 申込書

令和 年 月 日

がんゲノム外来は平日 9:00~16:30（祝日年末年始除く）に「がん相談支援センター」（045-316-4580）にお申し込みください。申込書は受診日に受付にご提出ください。

申込者 記入欄	
申込者 <input type="checkbox"/> 患者さん本人 <input type="checkbox"/> その他	申込者をご本人以外の場合は下記にご記入ください フリガナ 氏 名 _____ (男・女) 患者さんとの関係 (続柄 _____)
※患者氏名 性別	フリガナ 氏 名 _____ (男・女)
※生年月日	(大正・昭和・平成) 年 月 日生 ( 歳)
※患者住所	〒
※連絡先	電話 (自宅) ( ) ( ) ( ) 電話 (携帯) ( ) ( ) ( ) FAX (自宅) ( ) ( ) ( ) <input type="checkbox"/> 自宅電話に同じ
病 名 (分かる範囲で)	
相談内容	がん遺伝子検査について
病理検体の有無	<input type="checkbox"/> 有      ※かかりつけ医に依頼し、ご提出ください。 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 不明
予約の都合の つかない日	※医師の都合を確認し、診察日時をご連絡させていただきます。
※現在かかっている医療機関と主治医名	<input type="checkbox"/> 横浜市立市民病院 ( I D _____ ) _____ 科 _____ 先生 <input type="checkbox"/> 当院以外の場合は 病院・医院名を記入してください _____ ( _____ 市 _____ 区) _____ 科 _____ 先生