

岡山大学病院 がんゲノム医療外来 申込書

FAX 番号 086-235-6761

平成 年 月 日

抗がん剤適応遺伝子検査の目的以外に使用しないことおよび自由診療料金として定められた金額を支払うことに同意の上、以下の内容で、貴院のがんゲノム医療外来に申込みます。

なお、抗がん剤適応遺伝子検査の説明を受けた結果、検査申込みをされない場合であっても、32,400円の料金をご負担いただきます。

患者さん記入欄（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 <input type="checkbox"/> 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	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 *「検体情報チェックリスト」を一緒にご提出ください		
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. 医院 _____ 科 _____ 先生		

がんゲノム医療外来担当医 記入欄（氏名 _____）

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