

岡山大学病院 がんゲノム医療外来 申込書

西暦 年 月 日

がん遺伝子パネル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、がん遺伝子パネル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。

以下を記入後、現在かかっている医療機関の担当医から岡山大学病院に申し込みをしてください

申込者（相談者）

フリガナ		患者との続柄 <input type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> 本人以外（本人との関係： ）
氏名		
住所	〒	

患者さんは下記太枠をご記入ください

フリガナ				性別	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	
氏名						
生年月日	西暦	年	月	日	年齢	歳
住所 <input type="checkbox"/> 申込者と同じ	〒					
連絡先	固定電話			FAX		
	携帯電話	← 携帯電話をお持ちの方は必ず記入して下さい				

担当医は下記太枠をご記入ください

疾患名					
検体の有無	<input type="checkbox"/> 無 / <input type="checkbox"/> 有 → 「検体情報チェックリスト」を一緒にご提出ください				
担当医について	医療機関名				
	診療科名				
	医師名				
	電話				
	メール				
検体や結果の返却・連絡先	宛名				
	住所	〒			
	電話			FAX	

【申込書送付先】岡山大学病院 医事課医療連携担当 FAX: 086-235-6761