

まずはお電話にて申し込みください。

※ 作成日 年 月 日

遺伝診療部予約申込書 【電話番号：073-441-0871】

和歌山県立医科大学附属病院 遺伝診療部あて	紹介元医療機関の所在地及び名称 診療科名 医師氏名 印 電話（ ） — FAX（ ） — [※診療科名・医師氏名・連絡先電話番号についても必ず ご記入ください。]
--------------------------	---

患者基本情報

※ 当院受診歴 <input type="checkbox"/> 有 ・ <input type="checkbox"/> 無 ・ <input type="checkbox"/> 不明				
受診歴有の場合、患者番号が分かればご記入ください。 ⇒				
フリガナ	(男・女)	生年 月日	明・大・昭・平・令	年 月 日生(歳)
患者氏名	(旧姓)	職 業		
住 所	〒	—	自宅電話 ()	—
	都 道	市 区	携帯電話 ()	—
	府 県	郡 町		
傷病名 (傷病名は日本語でお願いします。)				

(個人情報の取り扱いについて)

ご記入いただいた患者さんの個人情報については、当院の事前診療予約に関する業務のみに使用し、他の目的では使用しません。

《予約申し込み時にご確認ください》

1. 患者様はHER2陰性の手術不能症例ですか はい () いいえ ()
2. 患者様はHER2陰性の再発症例ですか はい () いいえ ()
3. アントラサクリン系の抗悪性腫瘍剤を使用しましたか
はい () いいえ・今後使用予定である () いいえ ()
4. タキサン系の抗悪性腫瘍剤を使用しましたか
はい () いいえ・今後使用予定である () いいえ ()

注) 受付時間；平日9：00～16：00
 お電話で予約取得後、この用紙を下記あてにFAX願います。

お問い合わせ先
 和歌山県立医科大学附属病院周産期情報センター
 FAX：073-441-0819