

JCHOさいたま北部医療センター 医療連携室 行

FAX 番号 048-613-3925

遺伝カウンセリング外来予約申込書

下記の太枠の中をご記入の上、左上のFAX番号あてにご送信ください。
 受診を希望されている方の情報については、カウンセリング担当者から貴医療機関の
 紹介医に直接、受診者氏名・相談内容・家族構成の確認を行います。

申込日		年	月	日
貴医療機関について	貴医療機関名			
	住所			
	電話番号	FAX番号		
	確認のため紹介医に直接電話連絡しますので、連絡可能な電話番号と時間帯の記載をお願いいたします(TEL 時間帯)。			
	診療科・医師氏名			
紹介事務担当者等				
診療情報記入欄	受診者の性別と年齢 (男・女 才) 当院への受診歴(有・無)			
	紹介目的			
	対象となる疾患名	来院される方は (貴院の患者・患者の血縁者)		
	具体的な相談内容・家族歴など			
貴院での遺伝学的関連検査(有・無: 有の場合その内容)				
希望記入欄	注) 診察日は毎週月曜日から木曜日15時以降となります。相談内容より決定します。受診希望日(予約状況により希望に添えない場合があります)。 (第1希望) 月 日(第2希望) 月 日(第3希望) 月 日			