

神戸市立医療センター中央市民病院
FAX予約申込書・診療情報提供書（紹介状__がんゲノム検査外来用）

FAX送信先：078-302-2251 地域医療連携センター

お問い合わせは、電話：078-302-6031までお願いします。

令和 年 月 日

神戸市立医療センター中央市民病院

腫瘍内科・がんゲノム検査外来 担当医 あて

名称

住所 〒

電話： - -

FAX： - -

診療科・医師名：

主治医メールアドレス(必須)：

フリガナ ご紹介 患者氏名	()	神戸市立医療センター中央市民病院受診歴 1 有 2 無
生年月日	明・大・昭・平・令 年 月 日生 (歳)	患者番号()
住所	〒 電話：(自宅) - - (連絡先) - -	
診断名(原発臓器)		
予約希望日(火曜午後のみ)	第1 (月 日)	第2 (月 日)

※次の項目についても必ずご記載ください。

病理組織採取日 採取部位 採取方法(生検・手術等)	
検体固定条件 (ホルマリン濃度、固定時間)	
パラフィン包埋ブロック借用は	可 ・ 不可

注) 細胞診(セルブロックを含む)では検査できません。

治療経過・病状等

注1) 病理診断レポートを必ず添付してください。 必要に応じてその他の検査データなども添付してください。

注2) 貴院のご紹介状に必要事項を記載できる場合は、貴院のご紹介状をお使い頂いて差し支えありません。