

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__遺伝カウンセリング外来用）

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
遺伝カウンセリング外来 担当医 あて

名 称
住 所 〒
電 話： - -
F A X： - -
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	() 男・女	神戸市立医療センター中央市民病院受診歴 1 有 2 無 患者番号()
生年月日	明・大・昭・平・令 年 月 日生(歳)	
住 所	〒 電話：(自宅) - - (携帯) - -	
疾患名		
紹介目的		
予約希望日(金曜日のみ)	第1(月 日)	第2(月 日)
遺伝学的検査データ	<input type="checkbox"/> 本人の遺伝学的検査結果 <input type="checkbox"/> 本人のがん遺伝子パネル検査結果 <input type="checkbox"/> 血縁者(続柄：)の遺伝学的検査結果 <input type="checkbox"/> その他(MSI や免疫組織染色の結果など)	

※以下の注意事項もご確認ください

遺伝カウンセリング料金 について	<p>遺伝カウンセリングは、症例によって保険診療または自費診療となります。</p> <p><自費診療の場合の費用> 初回：6,600円(税込) 2回目以降：30分/3,300円(税込)</p> <p>料金については、貴医療機関より患者さんへ事前にご説明をお願いします。初回の所要時間は約1時間です。ご希望されるご家族も同席いただけます。</p>
遺伝カウンセラーからの 事前連絡について	<p>予約決定後、予約日までの間に、家族歴などの確認のため、遺伝カウンセラーから患者さんに電話連絡をする場合があります。</p>

※患者情報の詳細について、本様式とは別に診療情報提供書(様式自由)を添付してください。