

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 患者総合支援センター

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。