

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 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

遺伝カウンセリング外来 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	() 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	☐ 本人の遺伝学的検査結果 ☐ 本人のがん遺伝子パネル検査結果 ☐ 血縁者（続柄： ）の遺伝学的検査結果 ☐ 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	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。 <自費診療の場合の費用> 初回：11,000 円（税込） 2 回目以降：15 分毎／2,750 円（税込） 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。
遺伝カウンセラーからの 事前連絡について	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。

※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。