

まずはお電話にて申し込みください。

※ 作成日 年 月 日

遺伝診療部予約申込書 【電話番号：073-441-0871】

和歌山県立医科大学附属病院 遺伝診療部あて	紹介元医療機関の所在地及び名称
	診療科名 医師氏名 印 電話（ ） — FAX（ ） —
<div style="border: 1px solid black; padding: 5px; width: fit-content; margin: 0 auto;"> ※診療科名・医師氏名・連絡先電話番号についても必ずご記入ください。 </div>	

患者基本情報

※ 当院受診歴 <input type="checkbox"/> 有 ・ <input type="checkbox"/> 無 ・ <input type="checkbox"/> 不明				
受診歴有の場合、患者番号が分かればご記入ください。 ⇒				
フリガナ	(男・女)	生年 月日	明・大・昭・平・令	年 月 日生(歳)
患者氏名	(旧姓)	職 業		
住 所	〒 —	自宅電話 () —	携 帯 電 話 () —	
	都 道 市 区 府 県 郡 町			
傷病名（傷病名は日本語でお願いします。）				

(個人情報の取り扱いについて)

ご記入いただいた患者さんの個人情報については、当院の事前診療予約に関する業務のみに使用し、他の目的では使用しません。

《予約申し込み時にご確認ください》

がんの種類	治療状況	左記に非該当
<input type="checkbox"/> 乳がん	<input type="checkbox"/> HER2陰性の手術不能あるいは再発症例	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/> アントラサイクリン系抗悪性腫瘍剤を使用 <input type="checkbox"/> 使用予定	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/> タキサン系抗悪性腫瘍剤を使用 <input type="checkbox"/> 使用予定	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/> HER2陰性で再発高リスクの術後症例	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> 卵巣がん	<input type="checkbox"/> StageⅢまたはStageⅣ	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/> 白金系抗悪性腫瘍剤を含む初回化学療法で奏功を維持	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> 前立腺がん	<input type="checkbox"/> 遠隔転移のある去勢抵抗性前立腺がん	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> 膵がん	<input type="checkbox"/> 治癒切除不能症例	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/> 白金系抗悪性腫瘍剤を含む化学療法で疾患進行を認めていない	<input type="checkbox"/>

注) 受付時間；平日9：00～16：00

お電話で予約取得後、この用紙を下記あてにFAX願います。

お問い合わせ先

和歌山県立医科大学附属病院周産期情報センター

FAX：073-441-0819