

滋賀県立総合病院

遺伝カウンセリング申込書

年 月 日

記入欄 (太枠内についてご記入下さい)

紹介元医療機関名	診療科名 医師名
TEL — —	FAX — —
フリガナ 患者様の氏名・性別	様 (男 女)
生年月日 (年齢)	(大正 昭和 平成) 年 月 日生 (歳)
患者様の住所	〒
連絡先	TEL () 携帯電話をお持ちの方は必ず記入して下さい FAX ()
疾患名	
具体的な相談内容 家族歴など	貴院での遺伝学的検査 <input type="checkbox"/> 無・ <input type="checkbox"/> 有 (検査の内容) *有の場合、検査報告書は FAX せず郵送又は、受診時、患者様に持参して いただいで下さい
受診希望日	(予約は基本的に金曜日 15:00~16:00、16:00~17:00) 第1希望 月 日 _____ : _____ ~ _____ : _____ 第2希望 月 日 _____ : _____ ~ _____ : _____
当院受診歴	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 (診察券番号 : _____)

お問い合わせ 滋賀県立総合病院 (地域医療連携専用) TEL 077-582-9711

地域医療連携室担当 記入欄 (担当者氏名 _____)

受付日	年 月 日	予約日時	年 月 日
-----	-------	------	-------