**滋賀県立総合病院　地域医療連携室あて（FAX ：077－582－9712）**

**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　□無・□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て下さい |
| 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 | □無　　□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 |