

# プレジジョン・ガードント360検査初診予約申込書

プレシ  エクソ  ガードント360

静和記念病院 がん遺伝子検査外来予約受付担当 行

年 月 日

〒063-0811 北海道札幌市西区琴似1条5丁目1-1  
電話 (011)611-1116 FAX (011)631-6271

申込日から最初の診療日の火曜日が最短予約日となります。予約状況により、その限りではございませんので、ご了承ください。場合により事前にご相談ください。  
FAX受付:月曜～金曜(午後5時まで)

- ※ がん遺伝子外来は「第1・第3火曜日午後15:00以降」のみの診察となります。
- ※ 土日のFAX受信分は月曜日のご対応とさせていただきます。
- ※ 場合により不定期の金曜日午後・土曜日午前に受診可能な場合もあります。ご相談ください。

貴医療機関名	
住 所	
医 師 氏 名	
診 療 科	
電 話 番 号	
F A X 番 号	
ご担当者 等	

## 【受診者様】

フリガナ		性 別	生 年 月 日
氏 名		男 ・ 女	明・大・昭・平 年 月 日
住 所	〒 -		
電話番号	( ) -	当院受診歴	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無

※ 貴院の様式で「診療情報提供書」を記入いただき、申込書と一緒にFAX願います。

傷病名	
既往歴	
連絡事項	<input type="checkbox"/> 月 日すでに、Dr to Drで連絡済 貴院 科 先生より 当院 科 先生へ 連絡済です。
資 料	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 (CD-R・検査記録)→ 返却 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 資料準備状況→ <input type="checkbox"/> 事前郵送可 <input type="checkbox"/> 当日持参 <input type="checkbox"/> 予約日次第

※ 患者様の現在の状況・予約希望日

状 況	<input type="checkbox"/> 自宅通院 <input type="checkbox"/> 入院中 <input type="checkbox"/> 抗がん剤投与中
歩行状態	<input type="checkbox"/> 歩行可 <input type="checkbox"/> 時々車いす <input type="checkbox"/> 車いす
予約希望日(火曜日のみ)	年 月 日 (火)※ご希望に添えない場合もあります