

がんゲノム外来事前診療予約申込書

【FAX番号：092-862-8622】

※ 作成日 年 月 日

福岡大学病院 がんゲノム外来 担当医 殿 ※上記医師への事前の診療依頼の有無 □ あり □ なし		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 () -	
受診希望日	第1希望 年 月 日 () 第2希望 年 月 日 ()	【※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。】	

注) 受診可能な曜日は月・水・金曜日のみです。

患者基本情報

※ 福岡大学病院受診歴 □ 有 ・ □ 無 ・ □ 不明

受診歴有の場合、福岡大学病院の登録番号が分かればご記入ください。 ⇒ 0 - - - - -

フリガナ	(男・女)	生年月日	(明・大・昭・平・令)	年 月 日生(才)
患者氏名	(旧姓)	職 業		
住 所	〒	都 道	市	区
		府 県	郡	町

自宅電話 () -
携帯電話 () -

傷病名・紹介目的 (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。

チェック項目 (□欄をチェックおよび必要事項を記載してください。)

1) Performance Status(ECOG)が:0~1の状態である	<input type="checkbox"/> はい (0・1)	<input type="checkbox"/> いいえ
2) 固形癌患者である	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ
3) 治癒・切除不能または再発である	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ
4) 標準治療終了が見込まれる薬物療法対象患者である	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ
5) 生命予後が3か月以上見込める患者である	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ
6) 切除または生検組織がある。もしくは新たに組織生検が可能な患者である	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ
7) 切除または生検は福岡大学病院で実施された	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ

(注意) 太枠1)~6)すべて「はい」の場合のみFAXを送信してください。

《予約申し込み時のご注意》

・ FAX 受付時間

受付曜日	受付時間
月曜日～金曜日	8:40～18:00

休日：土曜・日曜・祝日・振替休日・盆休(8/15)・年末年始(12/29~1/3)

注) 休日やFAX受付時間外にお申し込みのFAXをいただいた場合は、翌診療日の対応となります。

お問い合わせ先
福岡大学病院 がんセンター
TEL 092-862-8220 (事前予約専用)