

九州大学病院 がんゲノム外来 申込書

がんゲノム外来の受診料(相談料)として、自由診療料金として定められた金額を支払うことに同意します。

また、希望されるがん遺伝子パネル検査が患者様に該当しない可能性があること、検査を行っても有効な治療法が見つからない可能性があることに同意の上、以下の内容で、貴院のがんゲノム外来受診を申し込みます。

なお、主治医あての意見書が作成されることに同意します。

フリガナ

年 月 日 申込者氏名 _____

患者	(フリガナ) 氏名・性別	様(男・女)		
	生年月日	大正・昭和・平成・令和	年	月 日(才)
	ご住所	〒		
	電話番号	()	—	
	携帯電話	()	—	
ご相談者 *ご本人の場合 記載の必要は ありません。	(フリガナ) 氏名	様	患者様と の続柄	
	ご住所	〒		
	電話番号	()	—	
	携帯電話	()	—	
疾患名				
がんゲノム外来でのご相談を 希望される理由				
主治医のお名前と医療機関		先生		
		病院		科
医療機関の所在地		県	市・群	区・町

*この申込書に記入された個人情報については、九大病院のがんゲノム外来に関する以外には使用いたしません。

ID _____