和歌山県立大学附属病院　遺伝診療部行き　　《遺伝カウンセリング用》（様式１）ＦＡＸ送信用

まずはお電話にて申し込みください。　　※ 作成日　　年　　月　　日

# 遺伝診療部予約申込書　【電話番号：073-441-0871】

| | |
|---|---|
| 和歌山県立医科大学附属病院<br>遺伝診療部あて | 紹介元医療機関の所在地及び名称<br><br>診療科名<br>医師氏名　　印<br>電話（　　）　ー　　FAX（　　）　ー<br>当院との遺伝カウンセリング連携状況　☐ あり　☐ なし<br>［※診療科名・医師氏名・連絡先電話番号・連携の有無についても必ずご記入ください。］ |

患者基本情報

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| ※ 当院受診歴　☐ 有　・　☐ 無　・　☐ 不明 | | | | |
| 受診歴有の場合、患者番号が分かればご記入ください。　⇒ | | | | |
| フリガナ<br>患者氏名 | （男・女）<br>旧姓　　） | 生年月日 | 明·大·昭·平·令 | 年　月　日生(　　歳) |
| | | 職　業 | | |
| 住　所 | 〒　　ー<br>都道　　市　　区<br>府県　　郡　　町 | 自宅電話（　　）　ー<br>携帯電話（　　）　ー | | |
| 傷病名（**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。

## ≪BRCA1/2遺伝子検査後の遺伝カウンセリング用です≫

1．患者の遺伝カウンセリングの費用は保険適応ですが、ご家族の検査などにかかる費用は自費となりますので、説明をお願いします。

2．毎週水曜日の午前のみで完全予約制です。

3．検査結果を事前にお送りください。
当院でも再度遺伝子変異について検討しますので、約1か月後を受診の目途としてください。

4．臨床遺伝専門医と認定遺伝カウンセラーが担当します。乳腺外科医はおりませんのでご了承ください。（治療についてのカウンセリングではありません。）

**注）受付時間；平日９：００～１６：００**
**お電話で予約取得後、この用紙を下記あてにFAX願います。**

お問い合わせ先
和歌山県立医科大学附属病院周産期情報センター
FAX：073-441-0819