

予約FAX:082-257-1712

TEL:082-257-5559

広島大学病院 がんゲノム医療外来(がん化学療法科)

★ 以下の申込書を記載し、「がんゲノム医療外来受診同意書」と併せて
FAX送信 または 502受付に直接ご提出ください

がんゲノム医療外来 紹介・予約申込書(院内診療科用)

申込日 年 月 日

主治 医	診 療 科	
	医 師 名	内線/PHS
診 療 依 頼 内 容	紹 介 目 的	がんゲノム医療外来受診
	患者氏名	患者 I D :
	診断名 (原発臓器)	
	診 察 日	診察希望日 第1希望 年 月 日 () 第2希望 年 月 日 ()

病理検体の有無	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし
病理組織採取日	年 月 日
採取部位 (臓器)	
採取方法 (生検・手術等)	
検体固定条件 (ホルマリン濃度, 固定時間)	