

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ID:				
	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)	