

富山大学附属病院がんゲノム医療申込書

【申し込み日】 年 月 日

【患者様に関する事項】

ふりがな		明治・大正・昭和・平成
氏名・性別	男・女	生年月日 年 月 日(才)
住所	〒	電話番号
当院診察券	あり(登録番号: - -)・なし	*いずれかに○をつけてください ありの場合は登録番号を記載ください

【相談者に関する事項】

ふりがな		患者様との 関係
氏名		
連絡先	日中連絡先(勤務先電話番号・携帯電話番号など)	電話番号
本人の了解	了解を得ている (※本人の同意書が必要となります。)	

【相談内容に関する事項】

病名または症状(現状を分かる範囲で記載してください)
受診中の医療機関(病院名)、診療科、担当医氏名 *医師の了解を得ていることが前提となります
現在までの経過や相談事項(がんゲノム医療を希望される理由)を具体的に記載してください
次の質問にお答えください 「富山大学附属病院がんゲノム医療の案内」を、お読みになりましたか (はい ・ いいえ)
来院者 患者本人のみ 患者本人と家族 家族のみ

がんゲノム医療に関する費用として定められた金額を支払うことに同意をいただけない場合は、がんゲノム医療を受けることができませんのでご了承ください。

富山大学附属病院 がんゲノム医療推進センター FAX 076-415-8862
TEL 076-434-7725

*FAXで送付される場合は、番号間違いにくれぐれもご注意ください