

申込年月日 令和 年 月 日

遺伝カウンセリング申込書

※二重登録防止のため、改姓された方は旧姓も記入してください。

フリガナ		性別	男 ・ 女
氏名	旧姓()	生年月日	明治・大正・昭和・平成・令和
			年 月 日 (歳)
住所	郵便番号 (-)	電話番号	(自宅 ・ 携帯)

今までに当院の受診はありますか？ (ある ・ ない)
当院の『受診カード』(診察券)をお持ちの方は、受診カードに記載されている番号を、記入してください。
受診カードの番号 (- -)

相談内容や予約日等の調整を行うために、認定遺伝カウンセラーからご連絡させていただきます。(平日(祝祭日除く))

■電話連絡を希望する時間帯に ○ をつけてください。

	時間指定はない		
	9:30~12:00		13:00~17:00
	12:00~13:00		17:00~18:00

■申込みされた方へ直接ご連絡しますので、連絡がとれる電話番号を、記入してください。

電話番号	自宅 ・ 携帯	
------	---------	--

■お電話に出られた方へ「富山大学附属病院」と名乗っても差し支えありませんか。いずれかに ○ をつけてください。

	名乗ってもいい		名乗ってほしくない
--	---------	--	-----------

名乗らない場合は、最初に個人名でご連絡させていただきます。

太枠内に必要事項を記入のうえ、次のところへFAXまたは郵送してください。

個人情報が含まれておりますので、送信先をお間違えにならないよう、十分にご注意ください。

【Emailの場合】 genetics@med.u-toyama.ac.jp (遺伝子診療部 専用アドレス)

【FAXの場合】 076-415-8863 (遺伝子診療部 専用番号)

【郵送の場合】 〒930-0194 富山県富山市杉谷2630番地 遺伝子診療部 あて
封筒の表面に「遺伝カウンセリング申込書」と記載してください。

病院側記載欄

受付日	令和 年 月 日	受付者	
予約日	令和 年 月 日	対応医師	
カウンセリング種別	乳がん ・ 卵巣がん ・ 大腸がん ・ ()	備考	