札幌医科大学附属病院医療連携・総合相談センター 行

|  |  |
| --- | --- |
| 札医大 使用欄 | 予約番号 |
| ID番号 |

（FAX番号 ０１１－６２１－２２３３）

**札幌医科大学附属病院臨床遺伝外来予約申込書**

※下記の太枠の中をご記入の上、左上の番号あてに送信ください。ＦＡＸで回答いたします。相談内容が本外来の適応か否か判断をさせていただくため、予約担当者から貴医療機関の担当医に相談内容の確認をさせていただく場合があります。

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 申込日 年 月 日 | | | |  | | |
| 貴 医 療 機 関 | 医療機関名  住　所 |  | | | | 電話番号 |  |
| ＦＡＸ番号 |  |
|  | | | | |
| 診療科・医師氏名 | |  | | | |
| 紹介事務担当者等 | | ※担当者様の部署・氏名を ご記入願います。 | | | |
| 来院される方 | ふりがな  氏名　　　　　　　　　 　様 (男・女)　　年齢　　　歳 | | | | 生年月日 | 明・大  昭・平 年　　　月 　日 |
| 住 所 | | | | | |
| 電話番号　自宅　　　　　　　　　　　　　　　　　FAX  携帯もしくは勤務先 | | | | | |
| 相談内容・家族構成を確認するため、臨床遺伝外来予約担当者から来院される方に直接電話連絡する場合があります。  連絡可能な電話番号と連絡可能な時間帯の記載をお願いいたします。  （ 連絡可能な電話番号 自宅 ・携帯 ・勤務先　時間帯　　　　時 　～ 　　　　時 ） | | | | | |
| 予約日時の連絡方法　札医大からの予約日時決定の連絡(FAX)を受け、貴医療機関から来院される方に連絡していただきます。 | | | | | |
| 診 療 情 報 記 入 欄 | **紹介目的**（該当する目的に〇をつけてください）  遺伝カウンセリング　・　遺伝学的検査を含む診断  未診断疾患イニシアチブ（IRUD） ・ 診療連携/ 移行医療（Transition） | | | | | 札幌医大病院の受診歴  （ 有 ・ 無 ） |
| **対象となる疾患名** | | | | | 来院する方は  （ 貴院の患者 ・患者の血縁者 ） |
| 具体的な相談内容・家族歴など（ 家系図の記載は控えてください ）  貴院での遺伝学的検査（ 有 ・ 無 　遺伝学的検査の内容　　　　　　　　） | | | | | |
| 希 望 記 入 欄 | 注）診察日は毎週金曜日 ９：００～１２：００、１３：００～１６：００となります。相談内容により担当医を決定し予約します。 | | | | | |
| 受診希望日（申込当日の受診は予約できません。／予約状況によってはご希望に沿えない場合があります。）  （第１希望） 月 日 （第２希望） 月 日 （第３希望） 月 日 | | | | | |

（必要に応じ別紙に記載し、併せてＦＡＸ送信して下さい。)

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 札医大使用欄 | 受付日 | 受診科 | 予約日時 | 月 | 日（ | ） | ： |