

遺伝診療科 受診申込書

フリガナ	
氏名	
生年月日	大・昭・平・令・西暦 年 月 日
住所	〒 -
電話番号	- -
メールアドレス (お電話がつかない場合)	
名古屋掖済会病院の 受診歴	有（診察券番号： ）・無
紹介元医療機関	医療機関名： 所在地：
紹介元医療機関主治医	
紹介元担当者	
受診日の希望連絡先	ご本人様 ・ 紹介元
相談の内容 (<u>紹介状を必ず添付してください</u>)	

※初回来談時に検査は実施せず、遺伝カウンセリングのみとなる場合があります。
 ※相談内容を検討した上で日程が決まり次第、ご本人様もしくはご担当者様にご連絡いたします。
 この用紙にご記入の上、下の宛先までFAXでお送りください。
 日程についてはまずお電話にてご連絡し、不通の場合はメール、郵送の順にご案内いたします。

送付先	〒454-8502 名古屋市中川区松年町4-66 名古屋掖済会病院 地域医療支援センター 電話番号:(052)652-7954 FAX番号:(052)652-4774
-----	---