遺伝カウンセリング申込書

年　　月　　日

トヨタ記念病院

ゲノム医療科　遺伝カウンセリング担当者

医療機関名

医 師 名　　印

T E L

F A X

（フリガナ） 患者氏名	男・女 様	生年 月日	大・昭 平・令　　年　　月　　日（　　歳）
住所	〒		
連絡先	相談内容や家族歴などを確認するため、 来院される方にトヨタ記念病院担当スタッフから直接電話連絡させていただきます。 ※お電話がつながらないと、予約をお受けすることができません。 ※ご希望の連絡方法に☑をつけてください。 □自宅 ：　　－　　－ □携帯 ：　　－　　－ （連絡可能な時間帯 ：　　時～　　時）		
対象疾患 （主訴）			
紹介目的	□遺伝性乳がん卵巣がん症候群 （ □遺伝学的検査希望　□遺伝カウンセリング希望　□リスク低減手術希望　□その他 ）		
	□上記以外の遺伝カウンセリング		
〈既往歴・家族歴 ／ 経過及び検査結果 ／ 現在の処方等〉			

●遺伝カウンセリングは原則自費診療となります。初診時 11,000 円、再診時 5,500 円（いずれも税込）ですが、場合によっては保険診療となることがあります。

●FAX 受信後、受診希望の方へ当院スタッフから直接ご連絡させていただき、受診日を決定いたします。そのため、返事を差し上げるまでにお時間がかかりますが、何卒ご了承ください。

トヨタ記念病院 地域医療連携室 ［TEL］0565-74－3091 ［FAX］0565-29-8828

【受付時間】平日：8：30～19：00（時間外・休日は24時間救急対応）