

## 北里大学病院がん遺伝子パネル検査相談外来申込書

以下の事項について同意いたしましたので貴院でのがん遺伝子パネル検査相談外来の申込みをします。

1. 「がん遺伝子パネル検査相談外来のご案内」記載事項
2. 訴訟などの目的に使用しない
3. 自由診療料金として定められた金額を支払う

20 年 月 日

患者本人署名 \_\_\_\_\_ 印

本人以外の場合の相談者氏名 \_\_\_\_\_ 印

相談者	<input type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> 家族
患者氏名・性別	<small>ふりがな</small> 氏名 (男・女)
生年月日	(大正・昭和・平成) 年 月 日 ( 歳)
相談者氏名	<small>ふりがな</small> 氏名 (続柄: )
相談者連絡先	住所: 電話 ( ) Fax ( )
主治医医療機関名	( ) 病院・診療所 ( ) 科 ( ) 先生 住所: 電話 ( ) Fax ( )

☆連絡先の電話番号については、必ず連絡の取れる番号をご記入ください。

(相談日は原則、医師の都合で決定致しますが、相談不可日がありましたらご記入下さい)

相談不可日	月 日 ( ) 月 日 ( ) 月 日 ( )
-------	-------------------------------