



遺伝性乳がん・卵巣がん症候群外来FAX申込書

県立がんセンター新潟病院

西暦 年 月 日

送信先	県立がんセンター新潟病院 患者サポートセンター FAX: 025-234-0022 TEL: 025-234-0011	
ご紹介元の 医療機関	病院・医院 科	
	医師名	
	電話番号	
	FAX番号	
患者さんの 基本情報	ふりがな 氏 名	男・女
	生 年 月 日	大正・昭和・平成・令和 西暦 年 月 日生( 歳)
	住 所	
	電話番号	
	当院の受診歴	あり・なし 科 (お分かりでしたら 記載をお願いします)
ご依頼情報	ご依頼の内容	遺伝性乳がん・卵巣がん症候群外来予約
	予約日 (毎週 水・木)	<input type="checkbox"/> 第1希望: 西暦 年 月 日( 曜日) <input type="checkbox"/> 第2希望: 西暦 年 月 日( 曜日) <input type="checkbox"/> いつでもよい
	現在の状態 (簡単に結構です)	

- ❖ ご家族(祖父母～従姉妹まで)に乳がん・卵巣がん・前立腺がんのご病気の方がいらっしゃいましたら診察時に教えていただきますようお願いください。
- ❖ 患者サポートセンターの受付時間 8:30～18:30
- ❖ FAX受信は24時間受付を致します。(土・日・祝日の返信は後日となります)
- ❖ 「診療情報提供書」は前日までにFAXして下さい。当日持参の場合はご連絡下さい。
- ❖ お問合せ先 025-266-5161(相談員が対応します)