

令和 年 月 日

独立行政法人地域医療機能推進機構 船橋中央病院

臨床遺伝科 遺伝カウンセリング外来 診療依頼書（FAX専用）

地域医療連携室 直通FAX 047-433-7086

紹介医療機関名：

所在地：〒

電話番号：

FAX 番号：

医師名：

臨床遺伝科 遺伝カウンセリング外来
希望受診日：

第一希望

令和 年 月 日（月/金）

第二希望

令和 年 月 日（月/金）

※遺伝カウンセリング外来は毎週 月/金曜日
9:00～12:00の対応となります。

紹介目的：遺伝カウンセリングならびに遺伝学的検査

傷病名・症状等：

フリガナ：

患者氏名： （男・女）

生年月日：

S・H・R 年 月 日
年齢 歳

住 所： 〒

※当院の受診歴 （有 ・ 無）

電話番号：

遺伝カウンセリング外来依頼方法：

紹介元の先生が本用紙に記入の上、地域医療連携室 FAX 047-433-7086 へお送りください。
そのうえで、ご本人から直接電話で予約するようお願いください。

臨床遺伝科 予約受付時間： 月曜日 13:30～16:00、金曜日 13:30～16:00

電話番号 047-433-2111（代表）までご連絡いただき、臨床遺伝科に転送を依頼していただく
ようお願いください。担当者が対応し、来談の日時を決定いたします。

※当日は必ず診療情報提供書を患者様に持参させてください。