

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 F A X 0 4 7 - 4 3 3 - 7 0 8 6

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
月曜日 9:00～12:00、14:00～16:00/
金曜日 14:00～16:00 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：

T・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、地域医療連携室にFAX 047-433-7086 をお送りください。
そのうえで、ご本人から直接電話で予約するようお伝えください。

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
ようお伝えください。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と予約票を患者様に持参させてください