　　　年　　月　　日

岩手医大患者サポートセンター（矢巾）行

FAX：019-611-8071

**OTS-アッセイ診療申込書（紹介患者専用・臨床腫瘍科）**

|  |  |
| --- | --- |
| 受診希望日 | ①　　　　　　　　　　　年　　　月　　　日（　　　） |
| ②　　　　　　　　　　　年　　　月　　　日（　　　） |
| 紹介目的 | □過去にゲノム検査を受けたことが無い方のOTS-アッセイ  □過去に受けたゲノム検査結果をご提供可能な方のOTS-アッセイ  □MORIOKA study登録済みの方のOTS-アッセイ |
| 傷病名 |  |

【医療機関情報、患者様情報】

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 当院履歴 | 無　・　有　（　　　　　　　　　　　科）・　不明 | | | | | | | | | | | | |
| 貴院情報 | 医療機関名： | | | | | | | | | | | | |
| 所　在　地： | | | | | | | | | | | | |
| 電話　　　－　　　－　　　　　　　　　ＦＡＸ　　　－　　　－ | | | | | | | | | | | | |
| 患者情報 | フリガナ |  | | | | | |  | | | | | 性別 |
| 患者氏名 | (姓)  ※旧姓（　　　　　　　　　） | | | | | | (名) | | | | | 男　・　女 |
| 生年月日 | （明･大･昭･平･令）　　　　年　　　　月　　　　日(　　　　歳) | | | | | | | | | | | |
| 住　　所 | 〒　　　－ | | | | 電話　　　　－　　　－ | | | | | | | |
| 携帯　　　　－　　　－ | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | |
| 保険情報 | 保険者番号 | |  |  |  | |  | |  |  |  |  | 本人 ・ 家族  (患者続柄　　　　　 ) |
| 記号・番号 | |  | | | | | | | | | |
| 公費負担者番号 | |  |  |  | |  | |  |  |  |  | 前期　・　後期 |
| 公費受給者番号 | |  |  |  | |  | |  |  |  |  | 1割・2割・3割 |
| その他 | | 労災・生保・交通事故・その他の公費（　　　　　　） | | | | | | | | | | |
| 備　　考 | ※保険情報はご記入いただくか、もしくは保険証等のコピーの送付をお願いいたします。  ※紹介状（診療情報提供書）の送付をお願いいたします。 | | | | | | | | | | | | |