

② トルカブ F-One コンパニオン診断 申込書

1. 自院の情報をお知らせください。			
医療機関名			
医師名	(フリガナ)		
診療科	科	担当者名	
TEL		FAX	
メールアドレス	@		
2. ご紹介いただく患者さんについてご記入ください。			
フリガナ		性別	生年月日
患者氏名		男 ・ 女	大・昭・平 年 月 日
患者住所	〒 - Tel : ()		
移植歴	なし ・ あり (ありの場合 移植臓器 :)		
病名			
臨床病期	☐ Stage I ☐ Stage II ☐ Stage III ☐ Stage IV		
検体採取日	年 月 日		
検体採取部位			
検査に必要な、 組織検体の保管施設	☐ 1. 函館五稜郭病院で保管している ☐ 2. 自院(紹介元)で保管している ☐ 3. 上記1、2以外で保管している (医療機関名 :)		
備考(ご希望等)	※ 受診日・検査日の指定は出来かねますのであらかじめご了承ください。		

【注意】 申込に当たっては必ず、③「トルカブF-Oneコンパニオン診断 適格連絡票」も作成してください。

送信先 : 函館五稜郭病院 地域連携・PFMセンター(前方連携担当)
FAX 0120 - 51 - 5698