

令和3年9月10日

関係医療機関 各位

日本赤十字社愛知医療センター名古屋第一病院

地域医療連携室

遺伝カウンセリング外来の予約開始について

平素より赤十字事業並びに当院運営に対し、格別のご支援、ご高配を賜り、厚く御礼申し上げます。

本件につきましては、下記によりご活用いただきますよう、ご案内申し上げます。

記

1. 予約受付時間

平日 8：50～17：00（予約開始日は令和3年9月13日です。）

2. 診療日

原則、平日の毎週金曜日および第1・3・5水曜日、9時半、11時、13時からとなります。

3. ご予約方法

別紙（次ページ）に、必要事項ご記入のうえ、地域医療連携室あてFAXをお願いいたします。
（FAX番号：052-481-5263）→患者もしくは相談者は診察日当日、別紙原本をご持参願います。

4. 予約日等の回答

予約をお取りできましたら、診察依頼回答書をFAX送信いたします。

- 【①患者もしくは相談者との各種調整の関係で、回答書をFAXするまでに一週間以上かかる場合もあります
②予約の変更・キャンセルは紹介元の医療機関様より、当院地域医療連携室へお電話でご連絡頂くようお願いいたします。
（患者さんからの直接のご連絡は承っておりません。）以上、①②につきまして、ご理解ご協力をお願いいたします。】

5. 料金

遺伝カウンセリング料 自費の場合 5,500円（税抜価格 5,000円）

6. その他

予約に関するお問い合わせ先

日本赤十字社愛知医療センター名古屋第一病院 地域医療連携室

（直通電話：052-481-5262）（平日、8：50～17：00のみの対応となります。）

日本赤十字社愛知医療センター名古屋第一病院 遺伝カウンセリング外来専用
FAX送信票（052-481-5263：地域医療連携室）兼診療情報提供書

年 月 日

日本赤十字社愛知医療センター
名古屋第一病院
遺伝カウンセリング外来
担当医師 行

紹介医療機関名
所在地
電話番号
FAX番号
医師氏名
科
印

フリガナ	性別	生年月日（西暦）
患者氏名	男・女	年 月 日（ ）才
患者連絡先（電話番号）：		
日本赤十字社愛知医療センター名古屋第一病院の受診歴 [<input type="checkbox"/> なし ・ <input type="checkbox"/> あり ありの場合 旧姓：（ ）]		
疾患名：		
相談の内容：該当項目に○を付けてください。		
<input type="checkbox"/> 疾患説明 <input type="checkbox"/> 遺伝子診断 <input type="checkbox"/> 確定診断 <input type="checkbox"/> 出生前診断 <input type="checkbox"/> 保因者診断 その他（ ） <input type="checkbox"/> 発症前診断 <input type="checkbox"/> その他 （ ）		
具体的な相談内容と経緯：	家族歴（わかる範囲で）：	
患者と相談者が異なる時はこの欄にもご記入をお願いします。 ↓		
フリガナ	生年月日（西暦）	
相談者氏名	年 月 日（ ）才	
患者との関係： 家族（ ） その他（ ）		
相談者連絡先：金曜日 9：00から14：00の間に連絡がつく電話番号をご記入願います。		
相談者連絡先（電話番号）：		

患者もしくは相談者と調整後、診察日が決定しましたら、予約日時を記載した診察依頼回答書を返信します。
回答までに一週間以上かかる場合がございますので、あらかじめご了承ください。

※FAX受付時間は **8時50分～17時00分** です。

≪予約に関するお問合せ先≫

日本赤十字社愛知医療センター名古屋第一病院 地域医療連携室（TEL）052-481-5262 （直通：平日8:50～17:00のみの対応となります。）