令和7年4月吉日

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

1. 診療日

原則、平日の毎週水・金曜日の、9時半、11時、13時、14時半からとなります。

1. 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。

1. 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。】

1. 料金

遺伝カウンセリング料　自費の場合5,500円（税込）

1. 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。）

別紙

**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　　　　　　　　　　　　㊞

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 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　［　□なし　・　□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。 | | | | | |
| （　　　　）疾患説明  （　　　　）遺伝子診断　　　（　　）確定診断　　　　　（　　　　）出生前診断  　　　　　　　　　　　　　　（　　）保因者診断  　　　　　　　　　　　　　　（　　）発症前診断  （　　　　）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：月～金曜日　９：００から１７：００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、あらかじめご了承願います。

**※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。）