**長野市民病院がんゲノム外来　受診申込書(④)**

がんゲノム外来の内容について説明しました。

当該患者の了承のもと、貴院がんゲノム外来へ紹介します。（別添：診療情報提供書）

　説明日　　　　　　　　　　　年　　　　　　月　　　　　　日

対応（説明）医師(医療者)

--------------------------------------以下医療者用--------------------------------------

\***主治医**の先生へ

①「**診療情報提供書**(がんゲノム外来用)」

②「**治療歴**」

③「**検体情報提供書**」

④「長野市民病院がんゲノム外来**受診申込書**(本書式)」

を地域連携室経由でFAX（0120-115-295）をお願いいたします。（後日、原本・検体を郵送ください）

尚、上記4点が長野市民病院に届き次第、当院検査科から貴院病理部門にご連絡をさせていただき、検体を確認させていただきます。