

紹介元医療機関の方へ

がん遺伝子診療外来の予約申込みについて

がん遺伝子診療外来のご予約は、「がん遺伝子診療外来予約申込書兼診療情報提供書」をご記載いただき、FAX (0166-69-3044)にてお申込みください。
(通常の予約申込書は不要です。)

受診日については、地域医療連携室より紹介元医療機関へFAXにてご案内いたします。なお、日程につきましては、お申込みをいただいた後、担当医等が患者さんの診療情報を確認のうえ調整いたしますので、ご案内にはお時間をいただきます旨を患者さんにお伝えください。

受診される患者さんの資料原本や画像データ等の記録媒体（CD-R等）、検体等をご送付いただく際は、下記の地域医療連携室 宛にお送りください。

〒078-8510

旭川市緑が丘東2条1丁目1番1号

旭川医科大学病院 地域医療連携室

TEL : 0166-69-3055

FAX : 0166-69-3044