

B. ( )

2 3

-b  
-1-b

-2

-3

-2

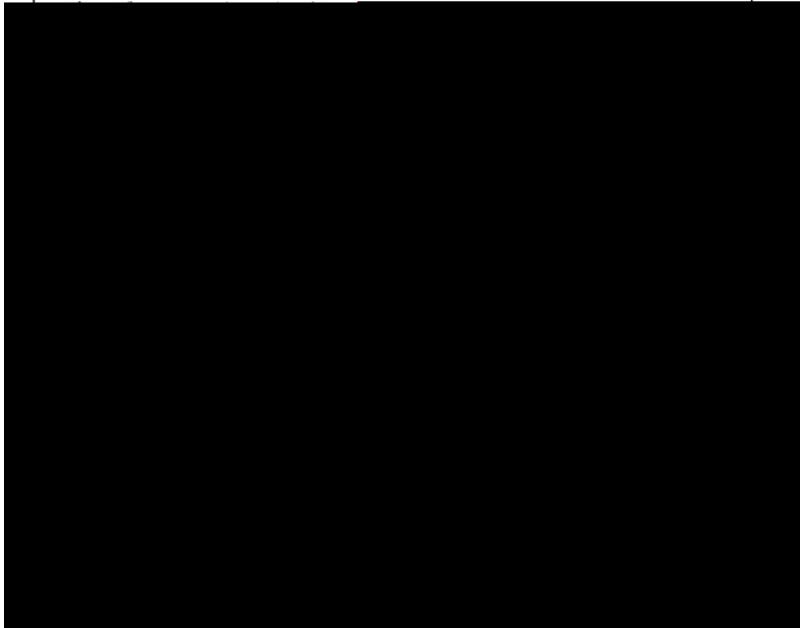
-3

1

2

Fig03-1-b

③-1-b



③-1-b

がんゲノム医療外来（保険；リキッドバイオプシー）  
についてのご案内  
対象：当院以外の医療機関に通院中の患者さん

※診察後、保険適用で検査ができないと判断される場合もあります  
ご希望された場合、自費での検査も可能です。

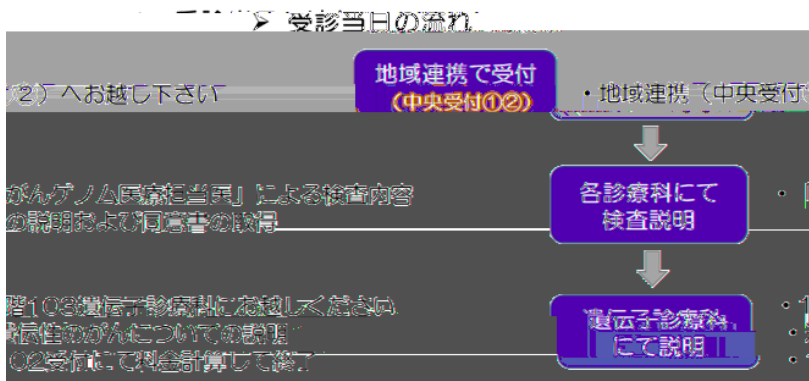
▶ 受診日にご持参いただくもの

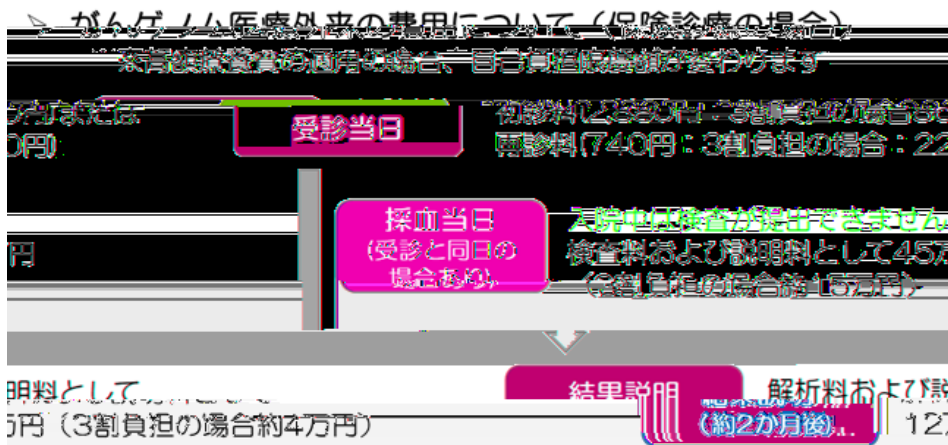
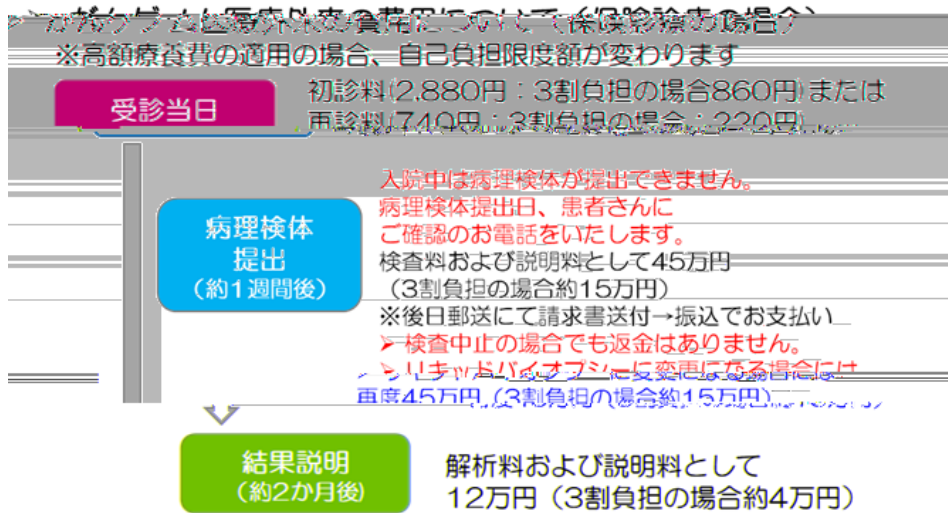
□診察券・保険証・限度額適用認定証

□③-2 がんゲノム医療外来 問診票\*

□③-3 ご家族の病歴記入用紙（記入例あり）\*

\*受診日までにご記入いただき、当日ご持参ください





B-1

-b

b-2 b-5

c

d

9:00 17:00

|     |              |   |   |   |
|-----|--------------|---|---|---|
|     | 082-257-5079 |   |   |   |
| FAX | 082-257-1720 |   |   |   |
|     | 734-8551     | 1 | 2 | 3 |

B-2

082-257-5489 FAX

3 FAX

-b

C-CAT 1

HP

“

”

C-CAT 1

C-CAT 1

FAX

