

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。

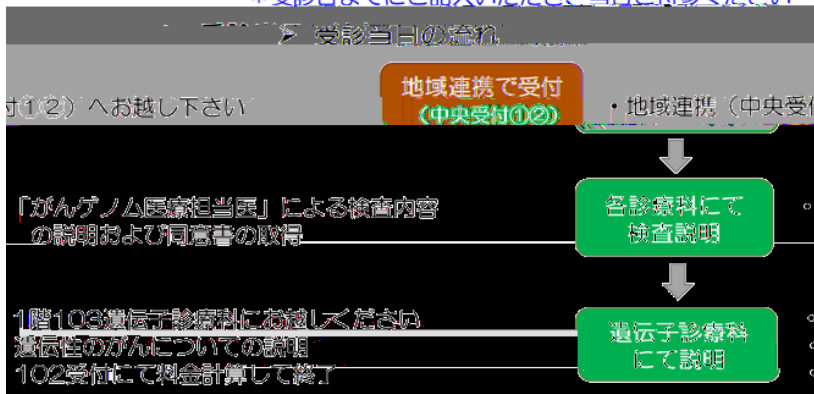
➤ 受診日にご持参いただくもの

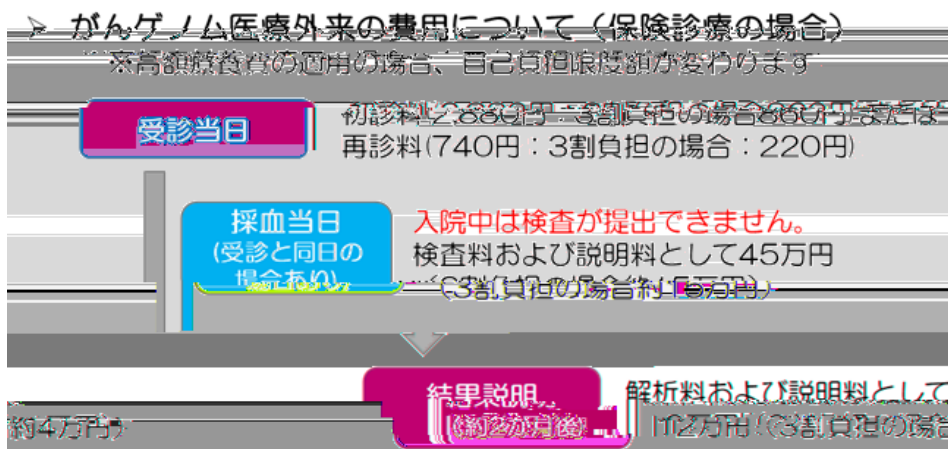
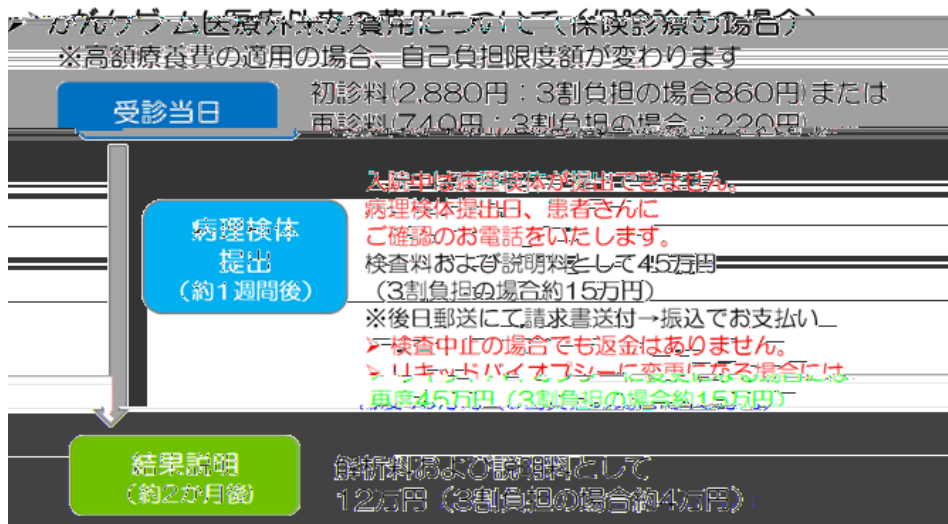
□診察券・保険証・限度額適用認定証

□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

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

B-3

-2 -3 -b
 -1-b HP
 -2 -3

B-4

8,000 DPC

B-5

Powerpoint
Powerpoint

TEL 082-257-5965
FAX 082-257-1762
e-mail: hucgc2019@hiroshima-u.ac.jp