

このエクセル版依頼書をメール添付で onjk@kazusa.or.jp までお送りください。

検体受領後自動登録となります。依頼書提出後、修正を加えた場合は必ず再提出をお願いします。

遺伝学的検査依頼書

保険検査用

(1) 検体情報

匿名化ID (必須) (医療機関検体管理番号):	
性染色体情報 (必須):	
その他染色体情報 (任意):	
年齢 (任意):	

(2) 希望される遺伝学的検査

シート「[遺伝子検査一覧表](#)」にてご希望の検査のA列を「O」に選択ください。

Oは一つにしてください

遺伝子検査名:	自動で反映されます
検査コード番号:	自動で反映されます

(3) 専門医による診断支援の希望につき下記よりお選びください

(必須): 希望あり

※注意事項

(4) 医療機関情報 (結果報告書送付先情報)

医療機関 (必須):	
診療科 (必須):	
郵便番号 (必須):	〒
所在地 (必須):	
担当医氏名 (必須):	
E-mailアドレス (必須):	

(5) 日本医学会「医療における遺伝学的検査・診断に関するガイドライン(2022年3月改定)」の遵守事項の確認

チェックボックスをチェックしてください

1. 検査前に被験者等に対して、検査の意義や目的、検査結果が血縁者に影響を与える可能性などについて十分な説明を行い、書面による同意・了解(インフォームド・コンセント、インフォームドアセント)を得た。
2. 結果の解釈や遺伝カウンセリング等を実施できる、あるいは必要に応じて専門家の支援が受けられる体制である。
3. 本検査結果のみではなく、臨床医学的な情報を含め総合的に診断を行うことできる。

(6) 請求書送付先情報

医療機関 (必須):	
診療科または部署 (必須):	
郵便番号 (必須):	〒
所在地 (必須):	
担当氏名 (必須):	
E-mailアドレス (必須):	

(7) 特記事項 (任意)

患者様から検査同意(書)取得を前提としています

必須事項に未記入項目があります。ご提出できません。