

# 遺伝子検査依頼書



## 1. ご施設名称 \*

## 2. ご施設登録コード+登録医師コード (合計6桁) \*

## 3. ご担当医師名 \*

\*氏名の間を一字空けて入力お願い致します。

## 4. ご担当医師名 (ローマ字) (苗字・名前の順でご入力お願い致します) \*

\*氏名の間を一字空けて入力お願い致します。

## 5. 患者様ID (患者様を識別する重要な項目です)

- 2回同じIDをご入力し、ご確認ください
- 20文字以内で英字(大文字・小文字)と数字(全角)でご入力ください

## ① \*

## ② \*

## 6-①. 生年月日 (西暦) \*

生年月日は、MMDDYYYY 8桁で入力して下さい。

## 6-②. 年齢 \*

## 6-③. 性別 \*

M

F

## 7. 採血(採取) 予定日 \*

採血 (採取) 予定日は、MMDDYYYY 8桁で入力して下さい。

## 8. 検査材料 \*

血液

スワブ

唾液

## 9. 検体採取キット ご希望数記入欄

ご希望の場合、必要数をご入力下さい。

### (1) 血液採取キット

### (2) スワブ採取キット

### (3) 唾液採取キット

## 10. 人種

アジア人か不明以外は、国名をその他にご記入ください。

例：スペイン人・カナダ人・アメリカ人等 (国籍ではありません)

## 母親 \*

アジア人

不明

その他: \_\_\_\_\_

## 父親 \*

アジア人

不明

その他: \_\_\_\_\_

## 11-①. 適応症 (適応疾患) \*

その他欄の入力は、英語をお願い致します。

Cardiology : Aortopathy

Cardiology : Arrhythmia

Cardiology : Cardiomyopathy

Cardiology : Other

Neurology

Lynch Syndrome

Polyposis (FAP)

Hereditary Breast and Ovarian Cancer

Pancreatic Cancer

Prostate cancer

その他

## 11-②. 上記の質問で「その他」と回答された方はこちらに記入ください

下記のURLの項目名をご参照下さい。

(Enterを押しますと改行し、枠が広がります。)

## 11-③. 御依頼検査コード \*

下記のURLをクリックし、Invitae遺伝子検査項目一覧表のTestCodeを入力して下さい。

## 12. 既往歴

### ①これまでの症状の有無 \*

有

無

### ②有る場合、発症した年齢 ( 才 )

### ③病状について詳細を入力下さい。(入力は、英語をお願い致します。)

(Enterを押しますと改行し、枠が広がります。)

## 13. 遺伝子検査の実施歴

### ①過去に同様な検査を受けられましたか? \*

はい

いいえ

### ①で「はい」と回答された方

### ②Invitae社の遺伝子検査の場合、その時のRQNo

Invitae社ポータルサイトの結果表示欄より確認出来ます。

### ③Invitae社の遺伝子検査以外の場合、その時の結果を下記に英語で入力して下さい。

(Enterを押しますと改行し、枠が広がります。)

## 14. 家族歴

### ①第3度近親者以内に、患者様が受けられる遺伝子検査の病気の方はいらっしゃいますか? \*

(第3度近親者：親、子ども、兄弟、姉妹、祖父母、孫、叔父、叔母、甥、姪、祖父祖母、ひ孫、いとこ)

いる

いない

### ②「いる」と回答された場合下記にご記入下さい。

続柄(日本語可) | 母方 or 父方 | 疾患名(英語) | 診断を受けた年齢

の順に1名一列でご入力下さい。

(Enterを押しますと改行し、枠が広がります。)

送信

フォームをクリア

Google フォームでパスワードを送信しないでください。

このコンテンツは Google が作成または承認したものではありません。不正行為の報告 - 利用規約 - プライバシーポリシー