

姫路市遺伝性腫瘍症候群検査等助成事業受診証明書

下記の者については、助成事業の対象であることから、遺伝学的検査及び遺伝カウンセリングを行いましたので、以下のとおり証明します。

年 月 日

医療機関の名称及び所在地

主治医氏名

印

医療機関記入欄（「臨床遺伝専門医」あるいは「遺伝性腫瘍専門医」が記入すること）

（ふりがな） 助成対象者氏名	（ ）	生年月日	年 月 日
-------------------	-----	------	-------

患者氏名		助成対象者との続柄	
患者の疾患	<input type="checkbox"/> 遺伝性腫瘍症候群である 疾患名 []		

1) 遺伝性腫瘍症候群に関する遺伝学的検査（以下のうち、何れか一つ）

遺伝学的検査の種類	検査日	検査名	検査費用
シングルサイト検査 (発端者で検出されたパリアントのみを対象とする検査)			
特定の遺伝性腫瘍症候群の遺伝学的検査 (Syndrome specific genetic testing: SSGT)			
多遺伝子パネル検査 (Multi-Gene Panel Testing : MGPT)			

2) 遺伝カウンセリング

	実施日	カウンセリング実施者名	実施費用
遺伝学的検査前（1回目）			
遺伝学的検査後（2回目）			