**院外用遺伝子パネル検査依頼書**

**※1 必ず病理医または病理担当者が病理項目を記入してください。**

**※2 検体と一緒に郵送もしくは外来受診時に持参（患者持参可）してください。**

検査種別をお選びください

　NCCオンコパネル (保険診療型)

　FoundationOne® CDx がんゲノムプロファイル　(保険診療型)

　GenMineTOP がんゲノムプロファイリングシステム (保険診療型)

依頼者情報

|  |  |
| --- | --- |
| 大学機関名・病院名 |  |
| 所属 |  |
| 担当医師名 |  |
| 病理検体担当者名 |  |
| 病理担当問い合わせ連絡先  （電話） |  |
| 組織採取年月日 | 年　　　　　月　　　　　日 |
| 組織採取時使用のホルマリン | 緩衝ホルマリン  酸性ホルマリンは、検査できません。 |
| 提出病理検体番号  （貴施設検体番号） |  |
| 未染スライド作成日  (FFPEブロック提供の場合未記入) |  |
| 備考・その他特記事項 |  |

**検体に関してのお問い合わせ連絡先**

**鹿児島大学病院 がん遺伝子診断外来**

**郵便番号890-8520 鹿児島県鹿児島市桜ケ丘８－３５－１**

**TEL　099-275-5731**