

# 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	

検体に関する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ヶ丘 8-35-1

TEL 099-275-5731