

大阪市立総合医療センターがんゲノム医療外来予約に関するチェックリスト

(患者用)

記入欄（太枠内についてご記入下さい）

ふりがな		性別	男・女
患者氏名			
生年月日・年齢	大正・昭和・平成・令和 年　　月　　日　生（満　　歳）		

がんゲノム医療外来申し込みについて、次の内容をご確認いただき、

ご理解いただいたうえで、□にチェックを入れてください。

※すべての項目に☑のない方は、申し込みいただけません。

- がんゲノム医療外来の受診目的は検査を行うもので、当院への転院ではない。
※検査後の治療については、紹介元の主治医と相談いただくことになります。
- 検査結果が治療に繋がらない場合がある。
- 検査費用の支払いが可能である。

※保険診療の場合は初回診察時 44,000 点×負担割合(3割負担の場合：132,000 円)、
結果説明時 12,000 点×負担割合(3割負担の場合：36,000 円)が必要です。

※自由診療の場合は全額（560,000 円）初回診察時にお支払いいただきます。

※診察料、事前検査料等、別途費用がかかります。

上記内容を確認しましたので、大阪市立総合医療センター がんゲノム医療外来診察を
申し込みします。

記入日　　年　　月　　日

患者サイン

※16歳以上の場合は、患者サインを記入してください

代諾者サイン本人との関係

※患者が未成年及び署名困難な場合は、代諾者サインを
記入してください

2025.11 月～