

**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<br>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～