

遺 伝 子 検 査 依 頼 書

大阪市立総合医療センター
遺伝子診療部 部長 中村 博昭 殿

検査に関わる注意事項・遺伝学的検査の感度／限界・免責事項を了承し
下記の検査を依頼します。

西暦 年 月 日 依頼医署名

患者匿名化 ID 番号、 性別、年齢	（匿名化された任意の ID を記載） 性別（ 男・女 ） （ 歳）
検体採取日	西暦 年 月 日

連絡先	郵便番号	〒				—					
	所在地										
	施設名										
	所属・診療科	科									
	ふりがな 依頼医名										
	電話・FAX	TEL	—				—				
	FAX	—				—					
e-mail	@										

- ・必ず事前にご連絡下さい 連絡先： ocgh-idensikensa@osakacity-hp.or.jp
- ・検体送付の際、検体にこの依頼書を同封してお送り下さい。

送付先： 〒534-0021 大阪府大阪市都島区都島本通2丁目13-22
地方独立行政法人 大阪市民病院機構 大阪市立総合医療センター 遺伝子検査室

●請求書送付先情報

請求書 送付先	郵便番号	〒				—						
	所在地											
	施設名											
	部署・診療科											
	ふりがな											
	担当者名											
	電話・FAX	TEL										
		FAX										
e-mail									@			

●①疾患名、②測定方法を○で選択してください。必要に応じて③を記入して下さい。

①疾患名	②測定方法	③Single Exon 解析の場合、全項目を記載 全 Exon 解析の場合、遺伝子名のみ記載
若年発症成人型糖尿病 (MODY)	Single Exon 解析	遺伝子名
新生児糖尿病 (NDM)	全 Exon 解析	()
先天性高インスリン血症 (CHI)	NGS 解析	Coding transcript No. (例 : NM_000532.5)
TSH 受容体異常症	MLPA 解析	()
遺伝性乳がん卵巣がん症候群 (HBOC)		Coding DNA No. (例 : c.1304A>G)
カウデン症候群		()
リ・フラウメニ症候群		Protein No. (例 : p.Tyr435Cys)
フォンヒッペルリンドウ病		()
PGL/PCC		
オスラー病		
BWS/RSS		
6q24 関連糖尿病		
多発性内分泌腫瘍症 1 型		
その他 ()		

- 臨床症状、治療経過、家族歴、投薬履歴等の情報を記載してください。

● 検体搬送に関するチェックリスト

下記の項目が実施出来ていることを確認し、依頼者記入欄にチェック☑を付けて下さい。
総合医療センター記入欄は空白でお願いいたします。

	依頼者 記入欄	総合医療 センター 記入欄
1 EDTA 加採血管に末梢血が 2mL 以上入っている。	☐	☐
2 採血管に任意の匿名化された ID が記載されている。	☐	☐
3 採血管の蓋がしっかり閉まっていて、テープで固定されている。	☐	☐
4 採血管を緩衝材で包み二次容器に入れている。	☐	☐
5 三次容器に二次容器と保冷剤が入っている。	☐	☐
6 二次容器と保冷剤が直接触れ合っていない。	☐	☐
7 三次容器に依頼書とチェックリストを入れている。	☐	☐
8 発送方法は冷蔵（2～8℃）となっている。	☐	☐

確認者名前		
発送・到着確認日（年/月/日）	/ /	/ /