

# 病理セカンドオピニオン組織評価申込書

紹介施設の方へ

お手数ですが、この用紙の写しを患者様に必ずお渡しください。

令和      年      月      日

群馬県立がんセンター院長 宛て

FAX 0276-60-0615

TEL 0276-38-0771

相談者氏名

(自署)

私は主治医よりがんゲノム遺伝子パネル検査について説明を受け、病理セカンドオピニオンを希望します。

がんゲノム遺伝子パネル検査を受けるために、群馬県立がんセンターの病理診断の確認と組織評価を申込み、以下の金額を支払います。また、追加検査が必要になった際には追加費用を支払います。

病理セカンドオピニオン料金 10,000円＋消費税／1回につき

(銀行振込手数料はご負担ください)

なお、組織評価でパネル検査への適応がない場合でも、費用請求は発生します。  
また、当院への受診ができない場合でも、費用請求は発生します。

フリガナ 患者氏名		性 別	男・女		
	様				
生年月日	大・昭・平      年      月      日生(      歳)				
相談者連絡先	住所 〒				
	TEL :      FAX :				
相談者続柄	ご本人・ご家族(患者との続柄      )				