

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うけるために、群馬県立がんセンターでの病理組織検体の確認と病理組織検体評価を申込み、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 20,000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、病理組織検体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：〒 ご本人 TEL： FAX： ご家族：氏名(続柄) () TEL： ご家族：氏名(続柄) () TEL： メールアドレス： (メール連絡希望の場合) 受診予約に必要ですので連絡のつく電話番号を2つ以上ご記載下さい		