**⑥⑥【C-3　他院用】**

**市立岸和田市民病院　がん遺伝子パネル検査のための確認用紙（患者様記入用）**

**太枠内について記入し、主治医にお渡しください**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **ふりがな** |  | **性別** |
| **患者氏名** |  | 男性　・　女性 |
| **生年月日・年齢** | 年　　　月　　　日　生　　　（満　　　　　歳） | |

**がんゲノム医療外来を申し込まれるにあたり、以下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　　＊全ての項目に☑のない方は、お申し込みいただけません**

|  |  |
| --- | --- |
| □ | **市立岸和田市民病院　腫瘍内科がんゲノム外来の受診目的は、パネル検査であり、転科・転院ではなく、検査後の治療は、紹介元の主治医とご相談いただくことになります** |
| □ | **パネル検査についての説明と結果の説明の時には、患者様と患者様が同意したご家族等の同伴を推奨しています** |
| □ | **検査提出後は、検査結果が得られない場合や、検査が治療につながらない場合（患者様の病状悪化も含む）でも、検査費用はご負担いただくことになります** |
| □ | **検査費用のお支払いが必要です**  **診察・診断料のほか別途、検査費用　56万円**  **例：検査料1割負担の場合：5万6000円、3割負担の場合：16万8000円**  **＊実際のお支払金額は負担割合や限度額により個人差があります**  **＊検査が治療につながらない場合(患者様の病状悪化も含む)も検査費用は発生します**  **＊組織検体から血液検体に変更時は、44万円(10割負担時)追加費用が発生します** |

上記内容を確認しましたので、市立岸和田市民病院　腫瘍内科外来診察を申し込みます

記入日：　　　　年　　　月　　　日

患者署名：

代諾者署名：　　　　　　　　　　　　　　 　　　　 （本人との関係：　　　　　　　）

＊患者が未成年者および署名困難な場合は、代諾者署名・本人との関係を記入下さい