**遺伝学的検査依頼書**

解析を依頼される疾患名に✔をつけてください。

[ ] 　21水酸化酵素欠損症

[ ] 　17α水酸化酵素欠損症

☐　両側副腎結節性過形成症

[ ] 　偽性副甲状腺機能低下症

[ ] 　HDR症候群

[ ] 　家族性中枢性尿崩症

[ ] 　フォンヒッペルリンドウ病

[ ] 　複合性下垂体ホルモン欠損症

検体名（匿名化してください）

被検者の年齢 　　歳

被験者の性別　 [ ] 　男性　　　[ ] 　女性

被験者の罹患の有無 [ ] 　罹患者 [ ] 　非罹患者

文書同意を取得しましたか？　　 [ ] 　はい

簡単な臨床情報を下記まで提供お願いします（形式自由、個人情報にご注意お願いします）。

 gh-iden@i.shizuoka-pho.jp

注意事項（了承いただければ✓をお願いします）：

[ ] 　場合によっては技術的理由により解析不能の場合もあります。

[ ] 　場合によっては解析に時間がかかり報告が遅れる場合もあります。

[ ] 　本解析はあくまでも研究として実施するものであり診療情報としては扱えません。診療情報として用いるには精度管理のされた検査施設での確認が必要です。

[ ] 　本解析では対象疾患を除外診断することはできません。

[x] 　追加の臨床情報の提供をお願いする場合があります。

[ ] 　結果の開示や取り扱いには各ガイドラインを遵守してください。

[ ] 　本解析の結果に関して一切の異議の申し立てや訴訟を起こすことはできません。

上記を理解していただいた上で下記にご署名をお願いします。

令和　　　年　　　月　　　日

ご所属：

お名前：　　　　　　　　　　　　　　　　印

E mail :

この依頼用紙を下記まで添付文書として電子メールに添付いただきご送付ください。

更に捺印したものを下記住所までご送付ください。

送付先（電子メール）：　 gh-iden@i.shizuoka-pho.jp

送付先（郵送等）： 420-8527

静岡市葵区北安東4-27-1

静岡県立総合病院　遺伝診療科　臼井　健　宛