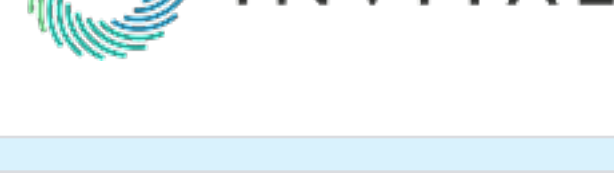


遺伝学的検査依頼書

*フィンガリング株式会社へ送信いただくInvitae遺伝学的検査の依頼書になります。検査依頼書に関して、もし間違った情報を送信された場合やご不明な点がございましたら、下記のメールアドレスへご連絡ください。
invitae@finggal-link.com

メールアドレス *

メールアドレス



1. ご施設名称 *

回答を入力

2. ご施設登録コード+登録医師コード（合計6桁） *

回答を入力

3. ご担当医師名（日本語） *

*氏名の間を一文字空けて日本語でご入力ください。

回答を入力

4. ご担当医師名（ローマ字）（苗字・名前の順でご入力をお願いします） *

*氏名の間を一文字空けてローマ字でご入力ください。

回答を入力

5. 患者様ID（患者様を識別する重要な項目です）

- 2回同じIDをご入力ください。
- 20文字以内でご入力ください。
- 患者様IDにスペースがある場合には、スペースもご入力ください。

患者様ID入力（1回目） *

回答を入力

患者様ID入力（2回目） *

回答を入力

6-①. 生年月日（西暦） *

生年月日を8桁で入力して下さい。
例：1970年1月2日の例 →19700102

回答を入力

6-②. 性別 *

- M
- F

7-①. 採血(採取) 予定日または実施日 *

予定日または実施日のどちらかを選んでください。
*検体を採取済みの場合は実施日をお選びください。

選択

7-②. 採血(採取) 予定日または実施日の入力 *

予定日または実施日の日付を選んでください。

YYYY MM DD

__ / __ / __

8. 検査材料 *

- 血液
- スワブ
- 唾液

9. 検体採取キット ご希望数記入欄

ご希望の場合、必要数をご入力下さい。

(1) 血液採取キット

回答を入力

(2) スワブ採取キット

回答を入力

(3) 唾液採取キット

回答を入力

10-①. 人種: 母親 *

アジア人が不明以外は、国名をその他にご記入ください。
例：スペイン人・カナダ人・アメリカ人等（国籍ではありません）

- アジア人
- 不明
- その他: _____

10-②. 人種: 父親 *

アジア人が不明以外は、国名をその他にご記入ください。
例：スペイン人・カナダ人・アメリカ人等（国籍ではありません）

- アジア人
- 不明
- その他: _____

11-①. 適応症（適応疾患） *

- Cardiology : Aortopathy
- Cardiology : Arrhythmia
- Cardiology : Cardiomyopathy
- Cardiology : Other
- Neurology
- Lynch Syndrome
- Polyposis (FAP)
- Hereditary Breast and Ovarian Cancer
- Pancreatic Cancer
- Prostate Cancer
- その他

11-②. 上記の質問で「その他」と回答された方はこちらに英語でご入力ください。

（Enterを押すと改行し、枠が広がります。）

回答を入力

11-③. 依頼検査コード（TestCode） *

下記の「検査一覧表」をクリックし、Invitae遺伝学的検査項目一覧表のTestCodeをご入力ください。

[検査一覧表](#)

遺伝子名やパネル名はInvitae社の下記のURLからもご確認いただけます。

<https://www.invitae.com/en/providers/test-catalog>

回答を入力

11-④. 追加遺伝子（Add-on）

追加遺伝子（Add-on）の検査項目名を英語でご入力ください。

例. Add-on Preliminary-evidence Genes for Arrhythmia and Cardiomyopathy

*11-③で選択いただいた依頼検査コード（TestCode）によっては、追加費用なく検査する遺伝子を追加（Add-on）可能です。遺伝子（Add-on）が可能かどうかについては、Invitae社の下記のURLにて対象の依頼検査コード（TestCode）を検索いただき、ご確認ください。

<https://www.invitae.com/en/providers/test-catalog>

*本項目は任意になります。Invitae社は少ない遺伝子数から検査を実施し、必要な場合に遺伝子を追加することを推奨しています。

回答を入力

11-⑤. 追加項目（Re-requisition）

追加項目（Re-requisition）名を英語でご入力ください。

*11-③で選択いただいた依頼検査コード（TestCode）によっては、遺伝性疾患が疑われる場合、同じ臨床領域における1つの検査に限り、追加費用なく検査項目を追加することができます。追加項目（Re-requisition）が可能かどうかについては、Invitae社の下記のURLにて対象の依頼検査コード（TestCode）を検索いただき、ご確認ください。

<https://www.invitae.com/en/providers/test-catalog>

*本項目は任意になります。Invitae社は少ない遺伝子数から検査を実施し、必要な場合に検査項目を追加することを推奨しています。

回答を入力

11-⑥. 追加項目(Re-requisition)の結果報告のタイミング

追加項目(Re-requisition)の結果報告のタイミングは以下の3つの選択肢から選べます。

- 11-③で選択した検査結果に関わらず報告する。
- 11-③で選択した検査結果が陰性の場合のみ報告する。
- 11-③で選択した検査後に別途依頼する。（検査結果後、90日以内であれば追加費用がかかりません。）

12-①. 既往歴: 今回依頼する検査に関わる診断の有無 *

- 有
- 無

12-②. 既往歴: 今回依頼する検査に関わる診断が有る場合、一番最初に診断された年齢（才）

回答を入力

12-③. 既往歴: 関連する診断についての詳細を英語でご入力ください。具体的には関連する診断名と診断時の年齢などをお書きください。
例. Colon cancer, 58 years old
（Enterを押しますと改行し、枠が広がります。）

回答を入力

13-①. 遺伝学的検査の実施歴: 今回依頼する検査に関わる過去における遺伝学的検査実施の有無

- 有
- 無

(13-①で「有」と回答された方は13-②または13-③にご回答ください。「無」と回答された方は14-①へお進みください。)

13-②. 遺伝学的検査の実施歴: 過去に受けた遺伝子検査がInvitae社の遺伝学的検査の場合、その時のRQ No (RQ番号)

*RQ NoについてはInvitae社ポータルサイトの結果表示欄により確認できます。

回答を入力

13-③. 遺伝学的検査の実施歴: Invitae社の遺伝学的検査以外の場合、その時の結果を下記に英語でご入力ください。
（Enterを押しますと改行し、枠が広がります。）

回答を入力

14-①. 家族歴: 第3度近親者以内に、患者様が受けられる本検査に関連した診断の有無
（第3度近親者以内の例: 親、子ども、兄弟、姉妹、祖父母、孫、叔父、叔母、甥、姪、ひ孫、いとこ）

- 有
- 無

14-②. 家族歴: 14-①で「有」と回答された場合下記にご記入下さい。

病歴(日本語) | 母方 or 父方 | 疾患名(英語) | 診断を受けた年齢

の順に1名一列でご入力ください。（Enterを押しますと改行し、枠が広がります。）

*下記のように | (縦棒) を入れていただきますようお願いいたします。

例. 祖父 | 父方 | Prostate cancer | 63

*1名に複数疾患ある場合には、下記の例のように入力をお願いいたします。

例. 祖父 | 父方 | Prostate cancer, Pancreatic Cancer | 63, 68

回答を入力

15. 備考欄

回答を入力

送信

フォームをクリア

Google フォームでパスワードを記憶しないでください。

このコンテンツは Google が作成または承認したものではありません。不正行為の報告・利用規約・プライバシーポリシー

Google フォーム