

神戸市立医療センター中央市民病院

がんゲノム検査外来受診同意書

私は、がんゲノム検査外来の受診にあたり、下記事項に同意します。

- がんゲノム検査（がん遺伝子パネル検査）を保険診療として行うためには条件があるため、診察の結果、保険適用とならないと判断される場合があります。
- 保険適用とならない場合は、自費の検査をご案内しますが、検査・説明費用が自費となります。

令和 年 月 日

生年月日（大正、昭和、平成） 年 月 日生

（患者様氏名）

---

院外からの予約の場合は、この同意書を診療情報提供書と一緒に FAX 送信してください。

また、がんゲノム検査外来当日にご持参ください。