

## 遺伝学的検査を依頼される医療機関様へ

### 1. 検査依頼について

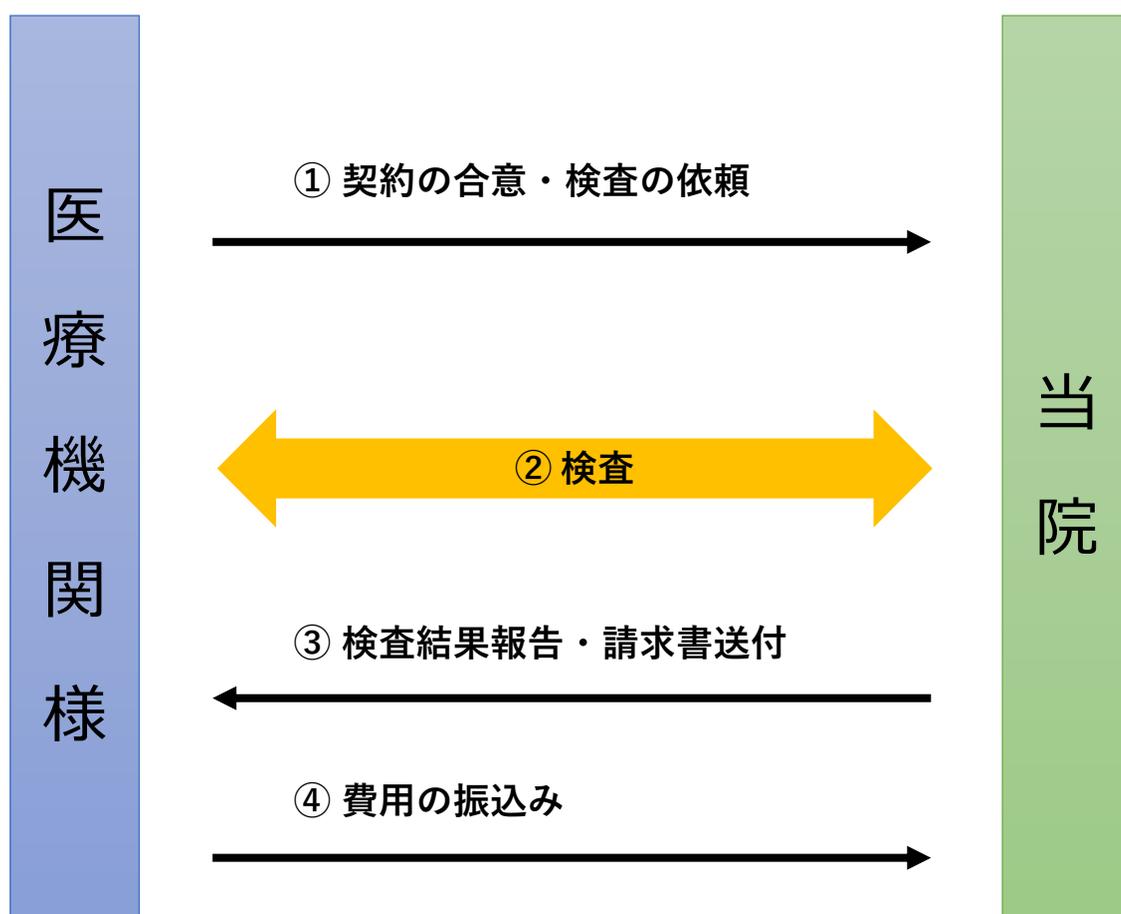
遺伝子検査を希望される場合は、**申込書**及び**同意書**に記載漏れがないようお願いいたします。

特に、下記の情報については必ず記載いただきますようお願いいたします。

※ **記載不備がある場合、ご連絡させていただくことがございます。患者情報に不備があれば、検査が実施できない場合もございます。**

- ・患者氏名／年齢／性別
- ・遺伝子検査名／疾患名
- ・病院名／住所／診療科名／主治医名／請求担当者名・連絡先（電話番号・メールアドレス等）

#### 【検査の流れ】



### 2. 料金について

検査費用については、下記の金額となります。

#### 【トランスサイレチン遺伝子変異解析】

D006-4 遺伝学的検査 ①処理が安易なもの 38,800円 (3,880点)

### 3. キャンセルについて

原則、検体と依頼書を発送いただいた時点で、依頼の成立とさせていただきます。

(キャンセルは可能といたします。)

#### 4. お問い合わせ先

請求に関するご不明な点は、下記までお問い合わせ下さい。

熊本大学病院

【住所】 〒860-8556

熊本市中央区本荘 1 - 1 - 1

医事課 診療報酬指導室

【電話】 096 - 373 - 5899