

遺伝学的検査・遺伝カウンセリング実施証明書

下記の者については、助成事業の対象であることから、遺伝学的検査及び遺伝カウンセリングを行いましたので、以下のとおり証明します。

年 月 日

医療機関名

医師 氏名

助成対象者の状況に応じて（１）～（４）の必要項目に☑、記入して下さい。

- ・ 遺伝カウンセリングを受診し遺伝学的検査を受けた場合 ⇒（１）、（２）及び（３）
- ・ 遺伝カウンセリングを受診し遺伝学的検査を受けなかった場合⇒（１）、（２）及び（４）

（１）助成対象者

| | | | |
|--------------|-----|------|-------|
| (ふりがな) 氏名 | () | 生年月日 | 年 月 日 |
|--------------|-----|------|-------|

（２）遺伝性腫瘍症候群の第1度近親者

| | | | |
|---------------|--|----|---------------|
| 親族の氏名 | | 続柄 | 父・母・子ども・きょうだい |
| 疾患名 (症候群名) | <input type="checkbox"/> 遺伝性腫瘍症候群である 疾患名 [] | | |

（３）遺伝性腫瘍症候群に関する遺伝学的検査（保険適用外であること。以下のうち、いずれか一つ）

| 遺伝学的検査の種類 | 検査実施日 |
|--|-------|
| <input type="checkbox"/> シングルサイト検査 | 年 月 日 |
| <input type="checkbox"/> 特定の遺伝性腫瘍症候群の遺伝学的検査(S SGT) | 年 月 日 |
| <input type="checkbox"/> 多遺伝子パネル検査(MGPT) | 年 月 日 |

（４）遺伝カウンセリングのみの場合

| | |
|--|-------|
| | 実施日 |
| <input type="checkbox"/> 遺伝カウンセリングを実施した結果、遺伝学的検査を受検しなかった | 年 月 日 |