

遺伝子検査申込書

関西医科大学総合医療センター
救急医学科 宛

令和 年 月 日

【申込先】
地域医療連携部 病診連携課
(TEL 06-6993-9444)

医療機関名
医師氏名
住所
電話番号：
FAX番号：

患者	フリガナ	生 年 月 日	<input type="checkbox"/> 大正 <input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 西暦
			年 月 日 () 歳
関西医科大学総合医療センターの受診歴		<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	
患者住所	〒		
	電話番号：		
受診希望日	令和 年 月 日 ()		

検査項目 (チェックボックスに✓を記入してください)

区分	負担	チェック	検査項目名
保険 適用 検査	患者 負担 有	<input type="checkbox"/>	クロストリジオイデス・ディフィシルのトキシンB 遺伝子 (便)
		<input type="checkbox"/>	マイコバクテリウム・アビウム及びイントラセラー (MAC) 核酸
		<input type="checkbox"/>	結核菌群核酸
		<input type="checkbox"/>	淋菌核酸 (尿、分泌物)
		<input type="checkbox"/>	クラミジア・トラコマチス核酸 (尿、分泌物)
		<input type="checkbox"/>	マイコプラズマ核酸検出核酸 (咽頭ぬぐい、喀痰)
		<input type="checkbox"/>	呼吸器パネル
		<input type="checkbox"/>	SARS-CoV-2 Adenovirus Coronavirus 229E Coronavirus HKU1 Coronavirus NL63 Coronavirus OC43 Human Metapneumovirus Influenza A Influenza A H1 Human Rhinovirus/ Enterovirus
		<input type="checkbox"/>	Influenza A H1-2009 Influenza A H3 Influenza B Parainfluenza Virus 1-4 RS virus Bordetella parapertussis Bordetella pertussis Chlamydia pneumoniae Mycoplasma pneumoniae
		<input type="checkbox"/>	髄膜炎パネル
<input type="checkbox"/>	Escherichia coli K1 Haemophilus influenzae Listeria monocytogenes Neisseria meningitidis Streptococcus agalactiae Streptococcus pneumoniae Cytomegalovirus Cryptococcus neoformans/gattii		
保険 適用 外 検査	当 院 負 担	<input type="checkbox"/>	カリニ (喀痰)
		<input type="checkbox"/>	レジオネラ (喀痰)
		<input type="checkbox"/>	アスペルギルス (全血、喀痰)
		<input type="checkbox"/>	赤痢アメーバ (便、組織、膿瘍)
		<input type="checkbox"/>	サル痘 (水疱や膿疱内容液、痂皮、咽頭ぬぐい)
		<input type="checkbox"/>	マダニSFTSV (血液、咽頭ぬぐい、尿)
		<input type="checkbox"/>	麻疹ウイルス (はしか) (咽頭ぬぐい、尿、血漿)
		<input type="checkbox"/>	HHV-1 (HSV-1) (全血、髄液、前房水等)
<input type="checkbox"/>	HHV-2 (HSV-2) (全血、髄液、前房水等)		
<input type="checkbox"/>	HHV-3 (VZV) (全血、髄液、前房水等)		
<input type="checkbox"/>	HHV-4 (EBV) (全血、髄液、前房水等)		
<input type="checkbox"/>	HHV-5 (CMV) (全血、髄液、前房水等)		
<input type="checkbox"/>	HHV-6 (全血、髄液、前房水等)		
<input type="checkbox"/>	HHV-7 (全血等)		
<input type="checkbox"/>	HHV-8 (全血等)		

- 患者さんが当院を受診される場合のみならず、検体のみお持ち込みいただくことも可能です。
 - 全血は末梢血検査用スピッツで提出してください。
 - 喀痰、便、前房水、髄液は培養用 (滅菌) の容器で提出してください。
 - スワブは、容器内に寒天培地や液体の入っていないものを使用いただき、可能な限り、FLOQスワブで提出してください。
- 保険適用検査項目は医療保険制度にもとづき、患者ご自身にて医療費の一部を負担いただきますが、保険適用外検査項目につきましては当院にて負担させていただきます。
- 診断結果は、当日又は数日で書面にてご報告をさせていただきます。
- ご予約は、地域医療連携部宛FAXにて診療情報提供書と遺伝子検査申込書を送付いただければ、検査日時の回答を致します。