

검사대상자 정보	성명		생년월일	. .	성별	남, 여	민족(외국인)		등록번호
의뢰받는 유전자 검사기관정보	기관명	녹십자	전화번호	1566-0131	소재지	경기도 용인시 기흥구 이현로 30번길 107(보정동)			
검체정보	채취 날짜	월 일	채취 시간	AM, PM :	검체명				
의뢰하는 의료기관 정보	기관명				주소(소재지)				
주치의 정보	성명		진료과(병동)		전화번호				

질환 관련 전체 위험 유전자(변이)검사 Genome Screen	질환 위험도 예측 유전자검사 Risk Screen
☐ 암 ☐ 심장 돌연사 ☐ 뇌졸중(중풍) ☐ 고지혈증	☐ 캔서(남) (구 : MTHFR) ☐ 캔서(여) (구 : MTHFR) ☐ 캔서 Plus 알코올(남) ☐ 캔서 Plus 알코올(여) ☐ 뇌졸중(중풍) ☐ 고지혈증 ☐ 안질환

인체 마이크로바이옴 검사 greenbiome

☐ 장내 미생물 (Gut)

☐ 충치 관련 미생물 (Denti)

☐ 치주염 관련 미생물 (Perio)

☐ 충치 & 치주염 관련 미생물 (Perio&Denti)

약물 적합도 검사 Pharmacogenetics	기타 etc.
☐ 약물유전체검사 (CYP2C19) ☐ 약물적합도 DNA 검사	☐ 유전성 유방암/난소암 검사 (여성암지키미)

유의사항

1. 모든 유전자검사 의뢰시, 유전자검사 동의서는 반드시 작성하여 보내 주십시오. (생명윤리 및 안전에 관한 법률 제 51조 1항)

2. 담당의사의 서명이 반드시 확인 되어야 검체 접수가 완료 됩니다.

「생명윤리 및 안전에 관한 법률」 제 50조 제 3항에 따라 위와 같이 유전자검사를 의뢰합니다.

년 월 일

담당의사 성명: (서명 또는 인)