

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	시 분	검체명	
의뢰하는 의료기관 정보	기관명				주소(소재지)	
주치의 정보	성명		진료과(병동)		전화번호	

유전성 NGS 패널 관련 검사 [43 종]	유전성 기타검사
--------------------------	----------

<input type="checkbox"/>	유전성 부정맥 유전자 패널검사 (NGS-Arrhythmia panel)	<input type="checkbox"/>	유전성 감상신기능저하증 유전자 패널검사 (NGS-Hypothyroidism panel)	엑솜 시퀀싱 (Exome sequencing)	
<input type="checkbox"/>	유전성 심근병증 유전자 패널검사 (NGS-Cardiomyopathy panel)	<input type="checkbox"/>	유전성 이상지질혈증 유전자 패널검사 (NGS-Hereditary dyslipidemia panel)	<input type="checkbox"/>	SOD1 / NEK1 gene mutation
<input type="checkbox"/>	유전성 뇌전증 유전자 패널검사 (NGS-Epilepsy panel)	<input type="checkbox"/>	유전성 혈액응고장애 유전자 패널검사 (NGS-Coagulation panel)	<input type="checkbox"/>	KCNQ1 / KCNH2 gene mutation
<input type="checkbox"/>	유전성 일차성 면역결핍증 유전자 패널검사 (NGS-Primary immune deficiency panel)	<input type="checkbox"/>	유전성 뇌졸중 유전자 패널검사 (NGS-Hereditary stroke panel)	<input type="checkbox"/>	SCN5A gene mutation / TGF beta receptor 1
<input type="checkbox"/>	유전성 수포성 표피박리증 및 어린선 패널검사 (NGS-Dermatology panel)	<input type="checkbox"/>	유전성 원발성 섬모운동이상증 유전자 패널검사 (NGS-Hereditary primary ciliary dyskinesia panel)		
<input type="checkbox"/>	유전성 망막색소변성 유전자 패널검사 (NGS-Retinitis pigmentosa panel)	<input type="checkbox"/>	유전성 소두증 유전자 패널검사 (NGS-Hereditary microcephaly panel)		
<input type="checkbox"/>	유전성 골격이형성증 유전자 패널검사 (NGS-Skeletal dysplasia panel)	<input type="checkbox"/>	유전성 자폐증 유전자 패널검사 (NGS-Hereditary autism panel)		
<input type="checkbox"/>	유전성 난청 유전자 패널검사 (NGS-Hearing loss panel)	<input type="checkbox"/>	유전성 신경퇴행성질환 유전자 패널검사 (NGS-Neurodegenerative disease panel)		
<input type="checkbox"/>	유전성 저신장증 유전자 패널검사 (NGS-Proportionate short stature panel)	<input type="checkbox"/>	유전성 담즙정체증 유전자 패널검사 (NGS-Cholestasis panel)		
<input type="checkbox"/>	유전성 안질환 유전자 패널검사 (NGS-Hereditary retinopathy panel)	<input type="checkbox"/>	미토콘드리아 유전자 패널검사 (NGS-Mitochondrial DNA panel)	유전성 기타검사	
<input type="checkbox"/>	유전성 결합조직질환 유전자 패널검사 (NGS-Connective tissue disorder panel)	<input type="checkbox"/>	근위축성 측삭 경화증 유전자 패널 검사 (NGS-Amyotrophic lateral sclerosis panel)	기타 시퀀싱 (etc)	
<input type="checkbox"/>	유전성 저성선자극호르몬 생성 저하증 유전자 패널검사 (NGS-Hypogonadotropic hypogonadism panel)	<input type="checkbox"/>	유전성 빈혈 유전자 패널검사 (NGS-Anemia panel)	<input type="checkbox"/>	F8 gene mutation
<input type="checkbox"/>	유전성 근육퇴행위축질환 유전자 패널검사 (NGS-Muscular dystrophy panel)	<input type="checkbox"/>	유전성 염증성 장질환 유전자 패널검사 (NGS-Inflammatory Bowel panel)	Gene Plus	
<input type="checkbox"/>	알츠하이머병 유전자 패널검사 (NGS-Alzheimer's disease panel)				
<input type="checkbox"/>	유전성 근육병증 유전자 패널검사 (NGS-Myopathy panel)	<input type="checkbox"/>	LDLR gene mutation	<input type="checkbox"/>	LRRK2
<input type="checkbox"/>	연소자 성인발증형 당뇨병 유전자 패널검사 (NGS-Maturity-Onset Diabetes of the Young, MODY panel)	<input type="checkbox"/>	SCN5A	<input type="checkbox"/>	APP
<input type="checkbox"/>	샤르코 마리 투스병 유전자 패널검사 (NGS-Charcot-Marie-Tooth disease panel)	<input type="checkbox"/>	MYH7	<input type="checkbox"/>	COL2A1
<input type="checkbox"/>	유전성 근긴장이상 유전자 패널검사 (NGS-Dystonia panel)	<input type="checkbox"/>	FBN1	<input type="checkbox"/>	PCCA
<input type="checkbox"/>	유전성 운동실조증 유전자 패널검사 (NGS-Ataxia panel)	<input type="checkbox"/>	SCN1A	<input type="checkbox"/>	GAA
<input type="checkbox"/>	인지장애 유전자 패널검사 (NGS-Dementia panel)	<input type="checkbox"/>	SPG11	<input type="checkbox"/>	ABCC8
<input type="checkbox"/>	파킨슨병 유전자 패널검사 (NGS-Parkinson's disease panel)	<input type="checkbox"/>	DYSF	<input type="checkbox"/>	CHD7
<input type="checkbox"/>	유전성 강직성 하반신마비 유전자 패널검사 (NGS-Hereditary spastic paraplegia panel)	<input type="checkbox"/>	CACNA1A	<input type="checkbox"/>	DUOX2
<input type="checkbox"/>	유전성 성분화이상 유전자 패널검사 (NGS-Disorders of sexual development panel)	<input type="checkbox"/>	VPS13A	<input type="checkbox"/>	PKD1
<input type="checkbox"/>	비정형 용혈성 요독 증후군 유전자 패널검사 (NGS-Atypical hemolytic uremic syndrome panel)	<input type="checkbox"/>	NIPBL	<input type="checkbox"/>	CYP21A2 [Sequencing & MLPA]
<input type="checkbox"/>	라이소좀 축적 질환 유전자 패널검사 (NGS-Lysosomal storage disease panel)				
<input type="checkbox"/>	알포트 증후군 유전자 패널검사 (NGS-Alport syndrome panel)	MLPA			
<input type="checkbox"/>	선천성 대사이상 유전자 패널검사 (NGS-Inborn error of metabolism panel)	<input type="checkbox"/>	SMN1, SMN2	<input type="checkbox"/>	SMN1, SMN2_Fast
<input type="checkbox"/>	콩팥 황폐증 유전자 패널검사 (NGS-Nephronophthisis panel)				
<input type="checkbox"/>	누난증후군 유전자 패널검사 (NGS-Rasopathies panel)				
<input type="checkbox"/>	다낭성 신장질환 유전자 패널검사 (NGS-Polycystic kidney disease panel)				

※ Chromosomal Microarray (CMA)는 전용 소견서 및 의뢰서 작성 요망

기타 소견:

유의사항

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

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	시 분	검체명	
의뢰하는 의료기관 정보	기관명				주소(소재지)	
주치의 정보	성명	진료과(병동)	전화번호			

가 계 도

I	
II	
III	
IV	
V	

<p>□ 남성</p> <p>○ 여성</p> <p>◇ 성 미 지 정</p> <p>⊞ 입 양</p> <p>◇ P 임 신</p> <p>▣ 사 망</p> <p>■ ● 질환이 발생한 사람</p>	<p>③ ② 자식들의 순서</p> <p>□ // ○ 이 혼</p> <p>◇ 유 산, SAB</p> <p>○ ○ 이란성 쌍둥이</p> <p>○ ○ 일란성 쌍둥이</p>	<p>◻ ◐ 상염색체 연관보인자</p> <p>⊙ 성염색체 연관보인자</p> <p>□ ○ 결 혼</p> <p>□ ○ 혈족간결혼</p> <p>○ □ 형 제</p>	<p>□ ○ ○ ○ 자식 없음</p> <p>↗ ↘ 유전자 검사를 시행하는 환자</p> <p>□ // ○ — □ 재 혼</p>
---	--	--	---