

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			

◆ **일생 단 한 번만 시행하는 유전자 검사 'Once in a Lifetime'**

질환 위험도 예측 유전자 검사 (리스크 스크린, Risk Screen)

- | | | | |
|---|---|--|--|
| <input type="checkbox"/> 캔서 (남) (구:MTHFR) | <input type="checkbox"/> 캔서 (여) (구:MTHFR) | <input type="checkbox"/> 캔서 Plus 알코올 (남) | <input type="checkbox"/> 캔서 Plus 알코올 (여) |
| <input type="checkbox"/> 뇌졸중 | <input type="checkbox"/> 고지혈증 | <input type="checkbox"/> 안질환 | <input type="checkbox"/> 알코올 |

질환 관련 전체 위험 유전자(변이)검사 (지놈 스크린, Genome Screen)

- | | | | |
|--------------------------------|--------------------------------|------------------------------|-------------------------------|
| <input type="checkbox"/> 캔서(암) | <input type="checkbox"/> 심장돌연사 | <input type="checkbox"/> 뇌졸중 | <input type="checkbox"/> 고지혈증 |
|--------------------------------|--------------------------------|------------------------------|-------------------------------|

기타 (etc)

- | | |
|---------------------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> 약물적합도 DNA 검사 | <input type="checkbox"/> 유전성유방암/난소암 (여성암지킴이) |
|---------------------------------------|--|

◆ **주기적으로 시행하며 모니터링하는 유전자 검사 'Anytime in a Lifetime'**

마이크로바이옴 검사 (그린바이옴, greenbiome)

장내마이크로바이옴 검사		구강마이크로바이옴 검사	
<input type="checkbox"/> 종합 (Premium)	<input type="checkbox"/> 비만 (Obesity)	<input type="checkbox"/> 치주염 (Perio)	<input type="checkbox"/> 충치 (Denti)
		<input type="checkbox"/> 치주염&충치 (Perio&Denti)	

웰에이징(Well Aging)

- | |
|---|
| <input type="checkbox"/> 텔로미어검사 (나이테검사) |
|---|

유의사항
1. 모든 유전자검사 의뢰서, 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)