



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)			연락처	전화번호		E-mail

임상정보-해당하는 것에 모두 체크(V)하여 주십시오.

Perinatal History	Nuerological	Musculoskeletal
<input type="checkbox"/> Prematurity	<input type="checkbox"/> Ataxia / dystonia / chorea	<input type="checkbox"/> Contractures
<input type="checkbox"/> IUGR	<input type="checkbox"/> Hypotonia	<input type="checkbox"/> Club foot
<input type="checkbox"/> Oligohydramnios	<input type="checkbox"/> Nueral tube defect	<input type="checkbox"/> Diaphragmatic hernia
<input type="checkbox"/> Polyhydramnios	<input type="checkbox"/> Seizures	<input type="checkbox"/> Limb anomaly
<input type="checkbox"/> Other :	<input type="checkbox"/> Spasticity	<input type="checkbox"/> Polydactyly
Growth	<input type="checkbox"/> Structural brain anomaly	<input type="checkbox"/> Scoliosis
<input type="checkbox"/> Failure to thrive	<input type="checkbox"/> Other :	<input type="checkbox"/> Syndactyly
<input type="checkbox"/> Overgrowth	Cardiac	<input type="checkbox"/> Vertebral anomaly
<input type="checkbox"/> Short stature	<input type="checkbox"/> ASD	<input type="checkbox"/> Other :
<input type="checkbox"/> Other :	<input type="checkbox"/> AV canal defect	Gastrointestinal
Development	<input type="checkbox"/> Coartation of aorta	<input type="checkbox"/> Gastroschisis
<input type="checkbox"/> Fine motor delay	<input type="checkbox"/> Hypoplastic left heart	<input type="checkbox"/> Hirshsprung disease
<input type="checkbox"/> Gross motor delay	<input type="checkbox"/> Tetralogy of Fallot	<input type="checkbox"/> Omphalocele
<input type="checkbox"/> Speech delay	<input type="checkbox"/> VSD	<input type="checkbox"/> Pyloric stenosis
<input type="checkbox"/> Other :	<input type="checkbox"/> Other :	<input type="checkbox"/> Tracheoesophageal fistula
Cognitive	Craniofacial	<input type="checkbox"/> Other :
<input type="checkbox"/> Learning disability	<input type="checkbox"/> Cleft lip +/- cleft palate	Genitourinary
<input type="checkbox"/> Mental retardation	<input type="checkbox"/> Cleft palate alone	<input type="checkbox"/> Ambiguous genitalia
List IQ/DQ, if known :	<input type="checkbox"/> Coloboma	<input type="checkbox"/> Hydronephrosis
<input type="checkbox"/> Other :	<input type="checkbox"/> Craniosynostosis	<input type="checkbox"/> Hypospadias
Behavioral	<input type="checkbox"/> Dysmorphic facial features	<input type="checkbox"/> Kindney malformation
<input type="checkbox"/> Asperger syndrome features	<input type="checkbox"/> Ear malformation	<input type="checkbox"/> Undescended testis
<input type="checkbox"/> Autism	<input type="checkbox"/> Macrocephaly	<input type="checkbox"/> Urethra / ureter obsruction
<input type="checkbox"/> Oppositional-compulsive disorder	<input type="checkbox"/> Microcephaly	<input type="checkbox"/> Other :
<input type="checkbox"/> Obsessive-compulsive disorder	List HC, if known :	Family History
<input type="checkbox"/> Pervasive developmental delay	<input type="checkbox"/> Other :	<input type="checkbox"/> Parents with ≥ 2 miscarriages
	Cutaneous	<input type="checkbox"/> Other relatives with similar clinical history
	<input type="checkbox"/> Hyperpigmentation	<input type="checkbox"/> Neonatal screening
	<input type="checkbox"/> Hypopigmentation	
	<input type="checkbox"/> Other :	

## 유의사항

- 모든 유전자검사 의뢰 시, 유전자검사 동의서는 반드시 작성하여 보내 주십시오. (생명윤리 및 안전에 관한 법률 제 51조 1항)
  - 담당의사의 서명이 반드시 확인 되어야 검체 접수가 완료 됩니다.
  - 검사의 목적과 관계없이 **우연히 발견된 검사 결과(incidental findings)**가 보고될 수 있습니다.  동의  비동의
- 이러한 추가 정보를 받는 것에 동의합니다.
- 「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)		연락처	전화번호	E-mail	

## 가 계 도

I	
II	
III	
IV	

<p>□ 남성</p> <p>○ 여성</p> <p>◇ 성 미 지 정</p> <p>⊞ 입 양</p> <p>Ⓟ 임신</p> <p>☒ / ☒ 사망</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>☐ = ○ 혈족간 결혼</p> <p>○ ☐ 형 제</p>	<p>☐ ○ ○ ○ 자식 없음</p> <p>☐ ○ 유전자 검사를 시행하는 환자</p> <p>☐ // ○ — ☐ 재 혼</p>
---	--	---	---