

メタロ・バランス（MB）がんリスクスクリーニング検査申込書

私は、MBパンフレットにて以下を確認しましたので、MB検査を申込みます。

【検査前の確認事項】

医療機関 使用欄	医療機関名	苫小牧東病院
	採血日	
	検体No	

確認項目	確認 <input checked="" type="checkbox"/>
1. 私は、MB検査の対象者要件を理解しました。	
2. 私は、検査前の注意事項を遵守した上で検査を受けます。	
3. 私は、MB検査が現在がんである可能性（リスク）を評価するものであり、がんであるか否かをはっきり判断（確定診断）するものではないことを理解しました。	
4. 私は、MB検査の結果について、リスクが低いとの判定結果であってもがん発症者がでてしまうこと、逆にリスクが高いとの判定結果であっても大部分の方はがんではない、ということを理解しました。	
5. 私は、MB検査の結果において、がん以外にも影響を与える可能性のある疾患があることを理解しました。	
6. 私は、MB検査の結果がでるのに検査日後約5週間かかること、結果は検査会社である株式会社レナテックから以下の住所あてに直送されることを理解しました。	
7. 私は、MB検査の結果が医療機関（苫小牧東病院）にも送付されることを理解しました。	

ふりがな								
氏名	性別		男	女	生年月日 (西暦)	年	月	日

住所	〒	TEL