|  |
| --- |
| **患者申出療養（NCCH1901）申込フォーム** |
| 遺伝子プロファイリングに基づく推奨治療による患者申出療養 |

* **申込者情報**

|  |  |
| --- | --- |
| **病院名** |  |
| **診療科** |  |
| **担当医** |  |
| **連絡先（メールアドレス）** |  |
| **連絡先（電話）** |  |

* **患者情報**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **年齢** |  | **性別** |  |
| **がん腫** |  |
| **治療の根拠となる遺伝子名（EGFRなど）** |  |
| **変異のパターン（L858Rなど）** |  |
| **コピー数（増幅の場合のみ）** |  |
| **候補薬剤** |  |
| **岡山大学病院でエキスパートパネル実施の場合、EC番号** | EC |

申込フォームをメールに添付して、岡山大学病院 ゲノム医療総合推進センター＜cgm-center@okayama-u.ac.jp＞までお送りください。