患者申出療養（NCCH1901）申込書

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 申込者に関する情報 | 医療機関名 |  |
| 所属／診療科等 |  |
| 主治医名 |  |
| 連絡先 | （電話） |
| （メールアドレス） |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 患 者 に 関 す る 情 報 | 性別 |  |
| 年齢 | 　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　歳 |
| がん種名 |  |
| 変異遺伝子名 |  |
| 変異の種類（コピー数異常等を含む） |  |
| 推奨された薬剤名 |  |
| 東大病院におけるエキスパートパネル番号および開催日時 | 　EC：　20　　　　年　　　　　月　　　　　日 |
| 東大病院以外でエキスパートパネル実施の場合 | 　実施施設名：　※エキスパートパネル検討結果を証する書類が必要となります。 |

★申込書に必要事項をご記載の上、メール添付にて東京大学医学部附属病院 ゲノム診療部 NCCH1901担当者までお送りください。　［ 宛先アドレス：　ClinicalGenomics@adm.h.u-tokyo.ac.jp　］

※ご不明な点がありましたら上記アドレスへご連絡ください。

※申込書確認後、エントリー候補と判断された場合には、当院の担当医および初診日（候補日程）、ご準備いただく資料等について、追ってご連絡いたします。

（参考： 次ページに、エントリー時に必要な主な資料を記載しております。）

**【参考】　エントリーとなった場合にご準備いただく主な資料**

◎担当医が決まりましたら、初回診察日の日程調整や必要書類の送付方法など、詳細を追ってご連絡いたします。

また、初診の際は当方で予約を行いますため、予約に際し必要となる資料（※）を別途お送りいたします。

（※当院診察券をお持ちでない患者さんには診察券を発行いたします。その手続に必要な事項も含まれた資料となっております。）

|  |  |
| --- | --- |
| チェック欄 | 資料の内容 |
| □ | 診療情報提供書 |
| □ | 画像データ　及び　所見レポート |
| □ | 血液データ　(直近のHIV,HTLV-1,HCV抗体、HBs抗原の検査結果があれば一緒にお送りください) |
| □ | 臨床経過サマリー　　※なければ不要 |
| □ | 病理組織スライド(HE、免疫染色(なければHEのみ))　  |
| □ | C-CAT調査結果のコピー |
| □ | エキスパートパネル報告書（医師用）のコピー（東大でエキスパートパネル実施の場合） |
| □ | エキスパートパネルの検討結果を証する書類(東大以外でエキスパートパネル実施の場合) |
| □ | その他、必要と思われる検査結果など |