

がん遺伝子パネル検査転帰調査書

Ver1

様式4

死亡された際に送付してください

久留米大学病院腫瘍センター事務室 宛

■患者基本情報

年 月 日

氏名	フリガナ
性別	☐ 男 ☐ 女 ☐ 未入力・不明
電話番号	
病院名	
主治医	
生年月日【日付】	☐ 明 ☐ 大 ☐ 昭 ☐ 平 ☐ 令 年 月 日 (満 歳)

■関連情報

死亡日【西暦】	年 月 日
エキスパートパネルで 治療の選択肢の提示の有無	☐ がん病死 ⇒ 病名 () ☐ 他病死 ⇒ 病名 () ☐ その他 ()