**がんゲノムプロファイリング検査**

院外用

**患者転帰・情報提供書**

・患者さんの転帰を記載し、返送して下さい。

**患　者　氏　名**：　　　　　　　　　　　　　　 　**※必須**

**C-CAT登録ID**：EC00XXXXXX or KN0000XXXX　**※必須**

**□生存　　確認日：　　　年　　月　　日**

**□死亡　　死亡日：　　　年　　月　　日**

**死因：　□原病死　　□他部位のがん死　　□他病死　　□不明　　※必須**

**□不明もしくは追跡不可　　確認日：　　　年　　月　　日**

以上