【がんゲノム外来・診療情報提供書】

がんゲノム外来へ紹介する際、診療情報提供書とともに記載をお願いいたします。

※注意事項

- □ 検査データ添付をお願い致します。
- □ 病理検査所見レポートの添付をお願いいたします。
- 口 直近のCT、PET-CT等画像添付をお願い致します。

●患者情報

患		者	氏	;	名									
生		年	月		日	西暦		年	月	日				
臨	月	ŧ i		断	名									
臨	床	病	期	分	類	Т	N	М	Stage:		(UICC))		
予		:Bil	.	7 44	- 44		ヶ月			半年以上		年程度		
7		測	予		後	※遺伝	アパネル	レ検査の	適応は、	予測予後3	ヶ月以上が必要で	です。		
Е	С	0	G	Р	S	0	1	2	3	4				
移		ŧ	直		歴	無		有						

●疾患情報

が	ん	種	区	分	中枢神経系/服	凶 頭	頸部	眼	肺	胸膜	胸腺	甲状腺	乳	食道/胃
					十二指腸乳頭	腸	肝	胆	道	膵腎	副腎	膀胱/尿	管	前立腺
					精巣 陰茎	子	宮体部	子宫	宮頚部	卵巣/	卵管	膣 皮膚	骨	
					軟部組織	腹膜	骨髄系	را	ノンパ質	市 末 村	肖神経	その他()
					※ここで、肺・	乳・食道	/胃・腸・	・肝・皮	[膚を選	択した場合	こつページ	目に記載事項	がありま	す。
病	理	診	断	名										
診		断		日	西暦	年	月	日						
喫		煙		歴	無	有→和	すの場合	【喫煙	年数:		年】【	1日の本数	:	本】
飲		酒		歴	無	有→7	すの場合	[] を【			位/日】
					無	有								
					→有の場合、	生殖細	胞系列変	変異が半	明明する	場合があ	るため罹	患年齢を含	め、	
						詳細に	ご記載く	ください	, \ _0					
					(例)祖父(父	(方): 胃	函 60 歳台	•						
1.8	, ,	~ =	- + -	-	叔父(母	:方): 詳紀	細不明							
מן	ん (ハ Ϡ	、疾	me										

●検査情報 全がん種

MSI	陰性	陽性	その他()	未検査	
MMR	pMMR(正常)	dMMR(欠損)	その他()	未検査

がん種区分で<mark>食道/胃</mark>もしくは<mark>腸</mark>を選択した場合、記載

KRAS	陰性 陽性 判定不能 不明 or 未検査
KRAS-type	codon12 codon13 codon59 codon61 codon117 codon146 不明
KRAS-検査方法	PCR-rSSO 法 その他 不明
NRAS	陰性 陽性 判定不能 不明 or 未検査
NRAS-type	codon12 codon13 codon59 codon61 codon117 codon146 不明
NRAS-検査方法	PCR-rSSO 法 その他 不明
HER2 (IHC)	陰性 陰性(1+) 境界域(2+) 陽性(3+) 判定不能 不明 or 未検査
HER2 (FISH)	陰性 equivocal 陽性 判定不能 不明 or 未検査
EGFR (IHC)	陰性(変異なし) 陽性(変異あり) 判定不能 不明 or 未検査
BRAF (V600E)	陰性(変異なし) 陽性(変異あり) 判定不能 不明 or 未検査

がん種区分で皮膚を選択した場合、記載

OE) 陰性 陽性 判定不能 不明 or 未検査

がん種区分で<mark>肺</mark>を選択した場合、記載

EGFR	陰性 陽性	判定不能	不明 or 未検査
EGFR-type	G719 exon- L861Q その他	19 欠失 S76 !()	68I T790M exon-20 挿入 L858R 不明
EGFR- 検査方法	CobasV2 The	rascreen	その他不明
EGFR-TKI 耐性後 EGFR-T790M	陰性 陽性	判定不能	判定不能 or 未検査
A L K 融合	陰性 陽性	判定不能	不明 or 未検査
ALK-検査方法	IHC のみ RT-PCT+FISH	FISH のみ その他	IHC+FISH RT-PCR のみ 不明
ROS1	陰性 陽性	判定不能	不明 or 未検査
BRAF (V600)	陰性 陽性	判定不能	不明 or 未検査
PD-L1 (IHC)	陰性 陽性	判定不能	不明 or 未検査
PD-L1 (IHC) 検査方法	Nivolumab/Dako28· 不明 その他(Pembrolizumab/Dako22C3 (Merck)
PD-L1(IHC)陽性時	陽性率	ó	
アスベスト暴露歴	無有	不明	

がん種区分で乳を選択した場合、記載

HER2	(IHC)	陰性 陰性(1 判定不能	+) 境界域(2+) 不明 or 未検査	陽性(3+)
HER2	(FISH)	陰性 equivoca	al 陽性	判定不能 不明 or 未検査
ER		陰性 陽性	判定不能	不明 or 未検査
PgR		陰性 陽性	判定不能	不明 or 未検査
gBRCA1		陰性(変異なし)	陽性(変異あり)	判定不能 不明 or 未検査
gBRCA2		陰性(変異なし)	陽性(変異あり)	判定不能 不明 or 未検査

がん種区分で肝を選択した場合、記載

HBsAg	陰性	陽性	判定不能	不明 or 未検査	
HBs 抗体	陰性	陽性	判定不能	不明 or 未検査	
HBV-DNA		Log IU	/mL		
HCV 抗体	低	中	高	不明 or 未検査	
HCV-RNA		Log IU	/mL		

●検体情報1 (検体がある場合のみ記載)

+4	#	=#h c	ii 3	£ 🗆	
検	体	識	川 耆	15号	
腫	瘍	含	有	率	【 %】 *可能な限り記載してください。
検	体	採	取	日	西暦 年 月 日
病	理	診	断	日	西暦 年 月 日
検	体	採耳	ל ל	5 法	生検 手術 その他()
検	体	採耳	文 音	形 位	原発巣 転移巣 不明
部				位	中枢神経系 脳 眼 口腔 咽頭 喉頭 鼻 副鼻腔 唾液腺
					甲状腺 肺 胸膜 胸腺 乳 食道 胃 小腸 十二指腸乳頭部 虫垂 大腸
					肝 胆道 膵 腎盂 副腎 膀胱 尿管
					前立腺 精巣 陰茎 子宮体部 子宮頚部 卵巣/卵管 膣 皮膚
					皮下 骨 筋肉 軟部組織 腹膜 髄膜骨髄系 リンパ系 末梢神経系 原発不
					明 その他()

希望されるパネル検査がありましたら、以下へご記載ください。

●検体情報2(採血での検査を希望される際に記載してください。その場合、検体情報1は記載不要です。)

組織検体での検査が不適の理由について	て記載をお願い	ハしま	す。				
〇組織検体の量的問題(具体的な理由:)
〇組織検体の質的問題(具体的な理由:	:)
輸血歴:直近4週間以内の輸血歴	ある(西暦		年	月	日)	•	ない
最終化学療法実施日	西暦	年	月	日			

※採血での検査前4週以内での輸血歴がある場合は検査が行えません。

●薬物療法情報

実施施設 自施設 他施設 実施目的 根治 緩和 術前補助療法 術後補助療法 その他
実施目的 根治 緩和 術前補助療法 術後補助療法 その他
┃ 期間 西暦 年 月 日~ 年 月 日
終 了 理 由 1.計画通り終了 2.無効中止 3.副作用等で中止
1 次治療 ※必ず記載 4. 本人希望で中止 5. その他理由で中止 6. 不明
最良総合効果 CR PR SD PD NE <mark>※必ず記載</mark>
Grade3 以上有害事象(非血液毒性) 無 有
※有の場合、下記に内容と最悪 Grade、発現日を記
レジメン名 【 】 一般診療 治験
実施施設 自施設 他施設
実施目的 根治 緩和 術前補助療法 術後補助療法 その他
期間 西暦 年 月 日~ 年 月 日
終 了 理 由 1.計画通り終了 2.無効中止 3.副作用等で中止
2次治療 ※必ず記載 4. 本人希望で中止 5. その他理由で中止 6. 不明
最良総合効果 CR PR SD PD NE <mark>※必ず記載</mark>
Grade3 以上有害事象(非血液毒性) 無 有
※有の場合、下記に内容と最悪 Grade、発現日を記
レジメン名 【 】 一般診療 治験
実施施設 自施設 他施設
実施目的 根治 緩和 術前補助療法 術後補助療法 その他
期間 西暦 年 月 日~ 年 月 日
終 了 理 由 1.計画通り終了 2.無効中止 3.副作用等で中止
3次治療 ※必ず記載 4. 本人希望で中止 5. その他理由で中止 6. 不明
最良総合効果 CR PR SD PD NE <mark>※必ず記載</mark>
Grade3 以上有害事象(非血液毒性) 無 有
※有の場合、下記に内容と最悪 Grade、発現日を記
レジメン名 【 】 一般診療 治験
実施施設 自施設 他施設
実施目的 根治 緩和 術前補助療法 術後補助療法 その他
期間 西暦 年 月 日~ 年 月 日
終了理由 1.計画通り終了 2.無効中止 3.副作用等で中止 4次治療
4. 本人希望で中止5. その他理由で中止6. 不明
最良総合効果 CR PR SD PD NE <mark>※必ず記載</mark>
Grade3 以上有害事象(非血液毒性) 無 有
※有の場合、下記に内容と最悪 Grade、発現日を記

5 次治療	レジメン名	[]	一般	診療	治験			
	実施施設	自施設	他 他 抢	西 設								
	実施目的	根治	緩和	術前	補助療法	去 徘		助療法	その他			
	期間	西暦		年	月	日~	-	年	月	日		
	終了理由	1	. 計画通	り終了		2. 無効	中止	,	3. 副作用等	で中止		
	※必ず記載	4	l. 本人希	望で中.	<u>L</u>	5. その	他理E	由で中止	6	. 不明		
	最良総合効果	₽	CR	PR	SD	PD	NE	*	必ず記載			
	Grade3 以上 ⁷	有害事象	文(非血液	夜毒性)	無	7	有					
					>	※有の場	易合、	下記に内	容と最悪	Grade,	発現日初	と記載
	レジメン名	ľ				1	一 似	診療	治験			
		-				4	くじ	くロンカホ	一一一一			
	実施施設	- 自施設	世 他 施	 西設			כניו	(107)永	7日 耐火			
					補助療法	去が						
	実施施設	自施設根治						助療法		日		
	実施施設	自施設 根治 西暦	緩和	術前 年	月	日~	防後補	助療法年	その他 月			
6次治療	実施施設 実施目的 期間 終 了 理 由	自施設 根治 西暦	緩和.計画通	術前 年 り終了	月	日~	が後補 ・ 中止	助療法年	その他 月	で中止		
6次治療	実施施設 実施目的 期間 終 了 理 由	自施設 根治 西暦 1	緩和 . 計画通 l. 本人希	術前 年 り終了 望で中」	月	日~	析後補 - 中止 他理E	助療法 年 はで中止	その他 月 3. 副作用等	で中止		
6次治療	実施施設 実施目的 期間 終了理由 ※必ず記載	- 自施設 根治 西暦 1 4	緩和 . 計画通 l. 本人希 CR	術前 年 り終了 望で中』 PR	月 止 SD	日〜 2. 無効 5. その PD	析後補 - 中止 他理E	助療法 年 はで中止	その他 月 3. 副作用等 6	で中止		
6 次治療	実施施設 実施目的 期間 終了理由 ※必ず記載 最良総合効果	- 自施設 根治 西暦 1 4	緩和 . 計画通 l. 本人希 CR	術前 年 り終了 望で中』 PR	月 止 SD 無	日〜 2. 無効 5. その PD	所後補 一 中止 他理E NE	助療法 年 おで中止 ※	その他 月 3. 副作用等 6	で中止. 不明		記載

次治療以降はこちらにご記載ください。	