

【がんゲノム外来・情報提供書（院外）】

診療情報提供書は9枚となっております。項目に○をつけるか、空欄にご記入頂きますようお願いいたします。
※担当医または代理の先生には、専門家会議による検討会（エキスパートパネル）への御参加をお願い致します。

病院名【

診療科名【

担当医師名【

担当医師メールアドレス【

事務部署名【

事務メールアドレス【

※現在、Web 会議準備中のため、担当者から追って詳細をご連絡させていただきます。

※注意事項

・検査データ添付をお願い致します。

□

・これまでのCT、PET-CT等画像添付をお願い致します。

□

●患者情報

患 者 氏 名	
患 者 I D	
住 所	
電 話 番 号	自宅：携帯：※日中連絡が取れる番号を記載
性 別	男 女
生 年 月 日	西暦 年 月 日
年 齢	歳
臨 床 診 断 名	
臨 床 病 期 分 類	T N M Stage: (UICC)
既 往 歴	
合 併 症	
予 測 予 後	ヶ月 半年以上 年程度 ※遺伝子パネル検査の適応は、予測予後3ヶ月以上が必要です。
E C O G P S	0 1 2 3 4

現 病 歴	
現 在 の 処 方	
移 植 歴	無 有
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

●疾患情報

が ん 種 区 分	中枢神経系/脳 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 子宮頸部 卵巣/卵管 膣 皮膚 骨 軟部組織 腹膜 骨髓系 リンパ節 末梢神経 その他（ ） ※ここで、肺・乳・食道/胃・腸・皮膚を選択した場合 3, 4 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 →有の場合【喫煙年数： 年】【1 日の本数： 本】
飲 酒 歴	無 有 →有の場合【 】を【 位/日】
重 複 が ん	無 有 不明

重複がん部位	中枢神経系/脳 十二指腸乳頭 精巣 軟部組織	頭頸部 腸 陰茎 腹膜	眼 肝 子宮体部 骨髓系	肺 胆道 子宮頸部 リンパ系	胸膜 膵 卵巣/卵管 末梢神経	胸腺 腎 副腎 その他（ ）	甲状腺 膀胱/尿管 膣 その他（ ）	乳 前立腺 皮膚 骨	食道/胃
重複がん活動性	活動性	非活動性	不明						
多発がん(同一臓器)	無	有	不明						
多発がん活動性	活動性	非活動性	不明						
がんの家族歴	無 有 →有の場合、 生殖細胞系列変異が判明する場合があるため罹患年齢を含め、 詳細にご記載ください。 (例) 祖父(父方): 胃癌 60歳(罹患年齢)								
転移	無	有	不明						
部位	中枢神経系 甲状腺 虫垂 前立腺 皮下 原発不明	脳 肺 大腸 精巣 骨	眼 肝 陰茎 筋肉	口腔 咽頭 胆道 子宮体部 軟部組織	喉頭 胃 腎 腎盂 腹膜	鼻 副鼻腔 小腸 卵巣/卵管 膣 リンパ節	唾液腺 十二指腸乳頭部 尿管 皮膚 末梢神経系		

●検査情報 全がん種

MSI	陰性	陽性	その他()	未検査
-----	----	----	--------	-----

がん種区分で**食道/胃**もしくは**腸**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 codon117	codon13 codon146	codon59 不明	codon61
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 codon117	codon13 codon146	codon59 不明	codon61
NRAS-検査方法	PCR-rSSO 法	その他	不明	
HER2 (IHC)	陰性 判定不能	陰性(1+)	境界域(2+)	陽性(3+)
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 (V600)	陰性(変異なし)	陽性(変異あり)	判定不能	不明 or 未検査

がん腫区分で**皮膚**を選択した場合、記載

BRAF (V600)	陰性	陽性	判定不能	不明 or 未検査
---------------	----	----	------	-----------

がん腫区分で**肺**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 L861Q	exon-19 欠失 その他()	S768I 不明	T790M exon-20 挿入 L858R
EGFR- 検査方法	CobasV2	Therascreen	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 不明	RT-PCR のみ
ROS1	陰性	陽性	判定不能	不明 or 未検査
B R A F (V 6 0 0)	陰性	陽性	判定不能	不明 or 未検査
P D - L 1 (I H C)	陰性	陽性	判定不能	不明 or 未検査
P D - L 1 (I H C) 検査方法	Nivolumab/Dako28-8 (BMS/小野)	不明	その他()	Pembrolizumab/Dako22C3 (Merck)
P D - L 1 (I H C) 陽性時	陽性率	%		
アスベスト暴露歴	無	有	不明	

がん腫区分で**乳**を選択した場合、記載

H E R 2 (I H C)	陰性 判定不能	陰性(1+)	境界域(2+) 不明 or 未検査	陽性(3+)
H E R 2 (F I S H)	陰性	equivocal	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

●手術情報

術 日	西暦	年	月	日
術 式				

術 日	西暦	年	月	日
術 式				

●放射線治療情報

部	位													
期	間	西暦		年		月		日	～	年		月		日
回	数													
1	回	線	量	Gy										
総	線	量	／	f	r	Gy／fr								

部	位													
期	間	西暦		年		月		日	～	年		月		日
回	数													
1	回	線	量	Gy										
総	線	量	／	f	r	Gy／fr								

内視鏡治療などの治療歴がある場合は、内容・期間などを記載してください。
また、その他、特記事項がある場合は、記載してください。

●検体情報（検体がある場合のみ記載） * 病理情報の添付をお願いいたします。

検体識別番号														
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							
検体採取方法	生検	手術			その他（ ）									
検体採取部位	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 腎盂 副腎 膀胱 尿管 前立腺 精巣 陰茎 子宮体部 子宮頸部 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（ ）												

●薬物療法情報

1 次治療	レジメン名 _____ , 一般診療 治療									
	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									
	投与日 期間 (西暦)					投与薬剤名 (投与量)				
	開始日 : 年 月 日									
	終了日 : 年 月 日									
	開始日 : 年 月 日									
	終了日 : 年 月 日									
	開始日 : 年 月 日									
	終了日 : 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. 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 ※必ず記載										
Grade3 以上の有害事象 無 有 ※有の場合、下記に内容と最悪 Grade、発現日を記載										
2 次治療	レジメン名 _____ , 一般診療 治療									
	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									
	投与日 期間 (西暦)					投与薬剤名 (投与量)				
	開始日 : 年 月 日									
	終了日 : 年 月 日									
	開始日 : 年 月 日									
	終了日 : 年 月 日									
	開始日 : 年 月 日									
	終了日 : 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. 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 ※必ず記載										
Grade3 以上の有害事象 無 有 ※有の場合、下記に内容と最悪 Grade、発現日を記載										

3 次治療	レジメン名 _____ , 一般診療 治療									
	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									
	投与日 期間 (西暦)					投与薬剤名 (投与量)				
	開始日 : 年 月 日									
	終了日 : 年 月 日									
	開始日 : 年 月 日									
	終了日 : 年 月 日									
	開始日 : 年 月 日									
	終了日 : 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. 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 ※必ず記載										
Grade3 以上の有害事象 無 有 ※有の場合、下記に内容と最悪 Grade、発現日を記載										
4 次治療	レジメン名 _____ , 一般診療 治療									
	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									
	投与日 期間 (西暦)					投与薬剤名 (投与量)				
	開始日 : 年 月 日									
	終了日 : 年 月 日									
	開始日 : 年 月 日									
	終了日 : 年 月 日									
	開始日 : 年 月 日									
	終了日 : 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. 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 ※必ず記載										
Grade3 以上の有害事象 無 有 ※有の場合、下記に内容と最悪 Grade、発現日を記載										

5 次治療	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									
	投与日期間（西暦）					投与薬剤名（投与量）				
	開始日： 年 月 日									
	終了日： 年 月 日									
	開始日： 年 月 日									
	終了日： 年 月 日									
	開始日： 年 月 日									
	終了日： 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. 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 ※必ず記載										
Grade3 以上の有害事象 無 有 ※有の場合、下記に内容と最悪 Grade、発現日を記載										
6 次治療	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									
	投与日期間（西暦）					投与薬剤名（投与量）				
	開始日： 年 月 日									
	終了日： 年 月 日									
	開始日： 年 月 日									
	終了日： 年 月 日									
	開始日： 年 月 日									
	終了日： 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. 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 ※必ず記載										
Grade3 以上の有害事象 無 有 ※有の場合、下記に内容と最悪 Grade、発現日を記載										

7次治療以降はこちらにご記載ください。