

日本海総合病院 がんゲノムパネル検査 診療情報提供書

【1 患者情報】

フリガナ		性別		生年月日	大正・昭和 平成・令和	年 月 日生（ 歳）
氏名	様	男・女				
住所	〒 _____					
電話	（ _____ ）		携帯番号	（ _____ ）		
既往歴						
移植歴	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有					
ECOG PS	<input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4					
喫煙歴	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 → 有の場合【喫煙年数： _____ 年】 【1日の本数： _____ 本】					
飲酒歴	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 → 有の場合【 _____ 】を【 _____ 位/日】					
がんの家族歴	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 → 有の場合下記に記載してください。 例：母（罹患年齢）60歳、胃癌					
HBsAg	<input type="checkbox"/> 陰性 <input type="checkbox"/> 陽性 <input type="checkbox"/> 判定不能 <input type="checkbox"/> 不明 又は 未検査					
HBs抗体	<input type="checkbox"/> 陰性 <input type="checkbox"/> 陽性 <input type="checkbox"/> 判定不能 <input type="checkbox"/> 不明 又は 未検査					
HBV-DNA	_____ Log IU/mL					
HCV抗体	<input type="checkbox"/> 低 <input type="checkbox"/> 中 <input type="checkbox"/> 高 <input type="checkbox"/> 不明 又は 未検査					
HCV-RNA	_____ Log IU/mL					

【2 疾患情報】

臨床診断	※がん種区分が肺・乳・食道/胃・腸・皮膚の場合、【6 検査情報】を記載してください。					
臨床病期分類	TNM分類（UICC 第8版）： _____ , Stage： _____					
病理診断名						
診断日						
転移	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有（部位： _____） <input type="checkbox"/> 不明					
多発がん （同一臓器）	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 不明					
多発がん活動性	<input type="checkbox"/> 活動性 <input type="checkbox"/> 非活動性 <input type="checkbox"/> 不明					
重複がん	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 不明					
部位						
重複がん活動性	<input type="checkbox"/> 活動性 <input type="checkbox"/> 非活動性 <input type="checkbox"/> 不明					

【3 検体情報】 (検体がある場合のみ記載)

検体採取日	
採取方法	<input type="checkbox"/> 生検 <input type="checkbox"/> 手術 <input type="checkbox"/> その他（
採取部位	<input type="checkbox"/> 原発巣 <input type="checkbox"/> 転移巣 <input type="checkbox"/> 不明
部位	
使用固定液	<input type="checkbox"/> 10%中性緩衝ホルマリン <input type="checkbox"/> その他（内容： ） <input type="checkbox"/> 不明
固定に浸かるまでの時間	<input type="checkbox"/> 30分以下 <input type="checkbox"/> 30分を超える <input type="checkbox"/> 不明
固定時間	<input type="checkbox"/> ＜6時間 <input type="checkbox"/> 6-12時間 <input type="checkbox"/> 12-24時間 <input type="checkbox"/> 24-48時間 <input type="checkbox"/> 48時間＜ <input type="checkbox"/> 不明
腫瘍含有率	_____ %

【4 治療歴、その他特記事項】

手術、放射線治療、内視鏡治療などの治療歴がある場合、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記載してください。

--

【5 薬物療法情報】

1次治療	実施目的	<input type="checkbox"/> 術前補助療法 <input type="checkbox"/> 術後補助療法 <input type="checkbox"/> 根治 <input type="checkbox"/> 緩和 <input type="checkbox"/> その他
	レジメン名 又は 投与薬剤名	
	期間	西暦 年 月 日～ 年 月 日 <input type="checkbox"/> 継続中
	終了理由	<input type="checkbox"/> 計画通り終了 <input type="checkbox"/> 無効中止 <input type="checkbox"/> 副作用等で中止 <input type="checkbox"/> 本人の希望で中止
		<input type="checkbox"/> その他の理由で中止 <input type="checkbox"/> 不明
	最良総合効果	<input type="checkbox"/> CR <input type="checkbox"/> PR <input type="checkbox"/> SD <input type="checkbox"/> PD <input type="checkbox"/> NE
Grade3以上有害事象	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 →有の場合下記に内容と最悪Grade、発現日記載。	
2次治療	実施目的	<input type="checkbox"/> 術前補助療法 <input type="checkbox"/> 術後補助療法 <input type="checkbox"/> 根治 <input type="checkbox"/> 緩和 <input type="checkbox"/> その他
	レジメン名 又は 投与薬剤名	
	期間	西暦 年 月 日～ 年 月 日 <input type="checkbox"/> 継続中
	終了理由	<input type="checkbox"/> 計画通り終了 <input type="checkbox"/> 無効中止 <input type="checkbox"/> 副作用等で中止 <input type="checkbox"/> 本人の希望で中止
		<input type="checkbox"/> その他の理由で中止 <input type="checkbox"/> 不明
	最良総合効果	<input type="checkbox"/> CR <input type="checkbox"/> PR <input type="checkbox"/> SD <input type="checkbox"/> PD <input type="checkbox"/> NE
Grade3以上有害事象	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 →有の場合下記に内容と最悪Grade、発現日記載。	
3次治療	実施目的	<input type="checkbox"/> 術前補助療法 <input type="checkbox"/> 術後補助療法 <input type="checkbox"/> 根治 <input type="checkbox"/> 緩和 <input type="checkbox"/> その他
	レジメン名 又は 投与薬剤名	
	期間	西暦 年 月 日～ 年 月 日 <input type="checkbox"/> 継続中
	終了理由	<input type="checkbox"/> 計画通り終了 <input type="checkbox"/> 無効中止 <input type="checkbox"/> 副作用等で中止 <input type="checkbox"/> 本人の希望で中止
		<input type="checkbox"/> その他の理由で中止 <input type="checkbox"/> 不明
	最良総合効果	<input type="checkbox"/> CR <input type="checkbox"/> PR <input type="checkbox"/> SD <input type="checkbox"/> PD <input type="checkbox"/> NE
Grade3以上有害事象	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 →有の場合下記に内容と最悪Grade、発現日記載。	
4次治療	実施目的	<input type="checkbox"/> 術前補助療法 <input type="checkbox"/> 術後補助療法 <input type="checkbox"/> 根治 <input type="checkbox"/> 緩和 <input type="checkbox"/> その他
	レジメン名 又は 投与薬剤名	
	期間	西暦 年 月 日～ 年 月 日 <input type="checkbox"/> 継続中
	終了理由	<input type="checkbox"/> 計画通り終了 <input type="checkbox"/> 無効中止 <input type="checkbox"/> 副作用等で中止 <input type="checkbox"/> 本人の希望で中止
		<input type="checkbox"/> その他の理由で中止 <input type="checkbox"/> 不明
	最良総合効果	<input type="checkbox"/> CR <input type="checkbox"/> PR <input type="checkbox"/> SD <input type="checkbox"/> PD <input type="checkbox"/> NE
Grade3以上有害事象	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 →有の場合下記に内容と最悪Grade、発現日記載。	
5次治療以降は以下に記載してください。		

【6 検査情報】

●がん種区分：食道／胃 もしくは腸の場合 該当箇所に記載してください。

KRAS	<input type="checkbox"/> 陰性	<input type="checkbox"/> 陽性	<input type="checkbox"/> 判定不能	<input type="checkbox"/> 不明又は未検査		
KRAS-type	<input type="checkbox"/> codon12	<input type="checkbox"/> codon13	<input type="checkbox"/> codon59	<input type="checkbox"/> codon61		
	<input type="checkbox"/> codon117	<input type="checkbox"/> codon146	<input type="checkbox"/> 不明			
KRAS検査方法	<input type="checkbox"/> PCR- r SSO法	<input type="checkbox"/> その他	<input type="checkbox"/> 不明			
NRAS	<input type="checkbox"/> 陰性	<input type="checkbox"/> 陽性	<input type="checkbox"/> 判定不能	<input type="checkbox"/> 不明又は未検査		
NRAS-type	<input type="checkbox"/> codon12	<input type="checkbox"/> codon13	<input type="checkbox"/> codon59	<input type="checkbox"/> codon61		
	<input type="checkbox"/> codon117	<input type="checkbox"/> codon146	<input type="checkbox"/> 不明			
NRAS検査方法	<input type="checkbox"/> PCR- r SSO法	<input type="checkbox"/> その他	<input type="checkbox"/> 不明			
HER2(IHC)	<input type="checkbox"/> 陰性	<input type="checkbox"/> 陰性 (1+)	<input type="checkbox"/> 境界域 (2+)	<input type="checkbox"/> 陽性 (3+)	<input type="checkbox"/> 判定不能	<input type="checkbox"/> 不明又は未検査
HER2(FISH)	<input type="checkbox"/> 陰性	<input type="checkbox"/> equivocal	<input type="checkbox"/> 陽性	<input type="checkbox"/> 判定不能	<input type="checkbox"/> 不明又は未検査	
EGFR(IHC)	<input type="checkbox"/> 陰性 (変異なし)	<input type="checkbox"/> 陽性 (変異あり)	<input type="checkbox"/> 判定不能	<input type="checkbox"/> 不明又は未検査		
BRAF(V600)	<input type="checkbox"/> 陰性 (変異なし)	<input type="checkbox"/> 陽性 (変異あり)	<input type="checkbox"/> 判定不能	<input type="checkbox"/> 不明又は未検査		

●がん種区分：乳の場合 該当箇所に記載してください。

HER2(IHC)	<input type="checkbox"/> 陰性	<input type="checkbox"/> 陰性 (1+)	<input type="checkbox"/> 境界域 (2+)	<input type="checkbox"/> 陽性 (3+)	<input type="checkbox"/> 判定不能	<input type="checkbox"/> 不明又は未検査
HER2(FISH)	<input type="checkbox"/> 陰性	<input type="checkbox"/> equivocal	<input type="checkbox"/> 陽性	<input type="checkbox"/> 判定不能	<input type="checkbox"/> 不明又は未検査	
ER	<input type="checkbox"/> 陰性	<input type="checkbox"/> 陽性	<input type="checkbox"/> 判定不能	<input type="checkbox"/> 不明又は未検査		
PgR	<input type="checkbox"/> 陰性	<input type="checkbox"/> 陽性	<input type="checkbox"/> 判定不能	<input type="checkbox"/> 不明又は未検査		
gBRCA1	<input type="checkbox"/> 陰性 (変異なし)	<input type="checkbox"/> 陽性 (変異あり)	<input type="checkbox"/> 判定不能	<input type="checkbox"/> 不明又は未検査		
gBRCA2	<input type="checkbox"/> 陰性 (変異なし)	<input type="checkbox"/> 陽性 (変異あり)	<input type="checkbox"/> 判定不能	<input type="checkbox"/> 不明又は未検査		

●がん種区分：皮膚の場合 該当箇所に記載してください。

BRAF(V600)	<input type="checkbox"/> 陰性 (変異なし)	<input type="checkbox"/> 陽性 (変異あり)	<input type="checkbox"/> 判定不能	<input type="checkbox"/> 不明又は未検査
------------	------------------------------------	------------------------------------	-------------------------------	----------------------------------

●がん種区分：肺の場合 該当箇所に記載してください。

EGFR	<input type="checkbox"/> 陰性	<input type="checkbox"/> 陽性	<input type="checkbox"/> 判定不能	<input type="checkbox"/> 不明又は未検査	
EGFR-type	<input type="checkbox"/> G719	<input type="checkbox"/> exon-19欠失	<input type="checkbox"/> S768I	<input type="checkbox"/> T790M	
	<input type="checkbox"/> exon-20挿入	<input type="checkbox"/> L858R	<input type="checkbox"/> L861Q	<input type="checkbox"/> その他	<input type="checkbox"/> 不明
EGFR検査方法	<input type="checkbox"/> CobasV2	<input type="checkbox"/> PCR CLAMP法	<input type="checkbox"/> その他	<input type="checkbox"/> 不明	
EGFR-TKI耐性後 EGFR-T790M	<input type="checkbox"/> 陰性	<input type="checkbox"/> 陽性	<input type="checkbox"/> 判定不能	<input type="checkbox"/> 不明又は未検査	
ALK融合	<input type="checkbox"/> 陰性	<input type="checkbox"/> 陽性	<input type="checkbox"/> 判定不能	<input type="checkbox"/> 不明又は未検査	
ALK-検査方法	<input type="checkbox"/> IHCのみ	<input type="checkbox"/> FISHのみ	<input type="checkbox"/> IHC+FISH	<input type="checkbox"/> RT-PCRのみ	
	<input type="checkbox"/> RT-PCT+FISH	<input type="checkbox"/> その他	<input type="checkbox"/> 不明		
ROS1	<input type="checkbox"/> 陰性 (変異なし)	<input type="checkbox"/> 陽性 (変異あり)	<input type="checkbox"/> 判定不能	<input type="checkbox"/> 不明又は未検査	
BRAF(V600)	<input type="checkbox"/> 陰性 (変異なし)	<input type="checkbox"/> 陽性 (変異あり)	<input type="checkbox"/> 判定不能	<input type="checkbox"/> 不明又は未検査	
PD-L1(IHC)	<input type="checkbox"/> 陰性 (変異なし)	<input type="checkbox"/> 陽性 (変異あり)	<input type="checkbox"/> 判定不能	<input type="checkbox"/> 不明又は未検査	
PD-L1(IHC) 検査方法	<input type="checkbox"/> Nivolumab/Dako28-8(BMS/小野)	<input type="checkbox"/> Pembrolizumab/Dako22C3(Merck)			
	<input type="checkbox"/> 不明	<input type="checkbox"/> その他			
PD-L1(IHC) 陽性時	陽性率 _____ %				
アスベスト曝露歴	<input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有	<input type="checkbox"/> 不明		