

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					
既知の遺伝性疾患	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 → 有の場合【疾患名 _____】 <input type="checkbox"/> 不明					
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。					
治療前のステージ分類	<input type="checkbox"/> Stage : _____ <input type="checkbox"/> 該当せず <input type="checkbox"/> 不明					
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。

--

下記の遺伝子検査を行っている場合お知らせください

NTRK1/2/3融合遺伝子	<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
NTRK1/2/3融合遺伝子検査方法	<input type="checkbox"/> F1 <input type="checkbox"/> F1L <input type="checkbox"/> その他 <input type="checkbox"/> 不明
マイクロサテライト不安定性	<input type="checkbox"/> 陰性 <input type="checkbox"/> 陽性 <input type="checkbox"/> 判定不能 <input type="checkbox"/> 不明
マイクロサテライト不安定性検査方法	<input type="checkbox"/> MSIキット (FALCO) <input type="checkbox"/> F1 <input type="checkbox"/> G360 <input type="checkbox"/> Idylla MSI Test <input type="checkbox"/> その他
ミスマッチ修復機構	<input type="checkbox"/> pMMR <input type="checkbox"/> dMMR <input type="checkbox"/> 判定不能 <input type="checkbox"/> 不明又は未検査
ミスマッチ修復機構検査方法	<input type="checkbox"/> ペンタアプティビュー2抗体 (MSH6、PMS2) <input type="checkbox"/> ペンタアプティビュー4抗体 (MSH2、MSH6、MLH1PMS2) <input type="checkbox"/> 判定不能 <input type="checkbox"/> 不明又は未検査
腫瘍遺伝子変異量	<input type="checkbox"/> TMB-High (TMBスコア10mut/Mb以上) <input type="checkbox"/> その他 <input type="checkbox"/> 不明又は未検査
腫瘍遺伝子変異量検査方法	<input type="checkbox"/> F1 <input type="checkbox"/> F1L <input type="checkbox"/> その他 <input type="checkbox"/> 不明

抗がん剤治療法の選択を目的に以下の検査を実施している場合お知らせください。

肺がんにおけるEGFR遺伝子検査、ROS1融合遺伝子検査、ALK融合遺伝子	<input type="checkbox"/> 組織 <input type="checkbox"/> 血液	検査日	年	月
大腸がんにおけるRAS遺伝子検査	<input type="checkbox"/> 組織	検査日	年	月
乳がんにおけるHER2遺伝子検査	<input type="checkbox"/> 組織	検査日	年	月
固形がんにおけるマイクロサテライト不安定性検査	<input type="checkbox"/> 組織	検査日	年	月
肺がんにおけるMETex14遺伝子検査	<input type="checkbox"/> 組織 <input type="checkbox"/> 血液	検査日	年	月
悪性黒色腫におけるBRAF遺伝子検査	<input type="checkbox"/> 組織	検査日	年	月
固形がんにおけるNTRK融合遺伝子検査、腫瘍遺伝子変異量検査	<input type="checkbox"/> 組織 <input type="checkbox"/> 血液	検査日	年	月
胆道がんにおけるFGFR2融合遺伝子検査	<input type="checkbox"/> 組織 <input type="checkbox"/> 血液	検査日	年	月
卵巣がんまたは前立腺がんにおけるBRCA1遺伝子及びBRCA2遺伝子検査	<input type="checkbox"/> 組織 <input type="checkbox"/> 血液	検査日	年	月

【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			
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
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	