**【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。**

**□　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 |
| **臨床診断名** |  |
| **臨床病期分類** | T　　　N　　　M　　　Stage：　　　　　　　　　　　　（UICC） |
| **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。 |
| **ECOG　PS** | ０　　１　　２　　３　　４ |
| **移植歴** | 無　　　　有 |

**●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　　子宮頚部　　卵巣/卵管　　膣　　**皮膚**　　骨  軟部組織　　腹膜　　骨髄系　　リンパ節　　末梢神経　　その他（　　　　　　　）  ※ここで、肺・乳・食道/胃・腸・肝・皮膚を選択した場合○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】 |
| **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歳台  叔父（母方）：詳細不明 |

●**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 　　　　　　　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**

|  |  |
| --- | --- |
| **BRAF　 （V６００E）** | 陰性 　　　陽性 　　　判定不能 　　　　不明　ｏｒ　未検査 |

**がん種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　 　　　exon-19欠失 　　　S768I 　　　 T790M　 exon-20挿入 　L858R  L861Q 　　　その他(　　　　　　　) 　　　不明 |
| **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 |
| **ALK 融合** | 陰性 　　　陽性 　　　判定不能 　　　　不明　ｏｒ　未検査 |
| **ALK-検査方法** | IHCのみ　 　　　　　　FISHのみ 　　　IHC+FISH 　　　　　RT-PCRのみ  RT-PCT+FISH　 　　その他 　　　　　　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/Dako28-8（BMS/小野） 　　　Pembrolizumab/Dako22C3（Merck）  不明 　　　その他（　　　　　　　） |
| **PD-L1（IHC）陽性時** | 陽性率　　　　　　　% |
| **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+) 　　　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 |
| **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）**

|  |  |
| --- | --- |
| **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。**

|  |  |
| --- | --- |
| **検査名** |  |

**●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記載をお願いします。** |
| 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**

|  |  |
| --- | --- |
| **1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 |
| 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.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、発現日を記載 |
|  |
| **２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 |
| 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.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、発現日を記載 |
|  |
| **３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 |
| 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.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、発現日を記載 |
|  |
| **４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 |
| 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.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 |
| 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.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 |
| 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.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、発現日を記載 |
|  |

|  |
| --- |
| **７次治療以降はこちらにご記載ください。** |
|  |