がん遺伝子パネル検査　診療情報提供書

情報提供書は4枚ございます。項目へのチェックあるいは空欄へのご記入をお願いいたします。

診療科名：

担当医師名：

1. 患者基礎情報

|  |  |
| --- | --- |
| 患者氏名 |  |
| 住　　所 |  |
| 電話番号 | 【自宅】　　　　　　　　　　　　【携帯】 |
| 生年月日 | 西暦　　　　年　　　　月　　　　日（　　　　　歳　） |
| 性　　別 | 男　 　女 |
| 既 往 歴 |  |
| 移 植 歴 | 無　 　有【 |
| ECOG PS | 0　 　1　　　2　　　3　　　4 |
| 喫 煙 歴 | 無　　有【有の場合】　喫煙年数：　　　年　本数：　　　本／日 |
| 飲 酒 歴 | 無　　有【有の場合】 |
| がんの家族歴 | 無　　有　有の場合　例：母、乳癌（60歳頃）　母方叔母、大腸がん（50歳） |
| 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 |

1. 疾患情報

|  |  |
| --- | --- |
| がん種区分 | 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　　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（　　　　　　　　　　） |
| 臨床病期分類 | TNM分類（UICC 第8版）：　　　　　　　Stage： |
| 病理診断名 |  |
| 診　断　日 | 西暦　　　　　年　　　　月　　　　日 |
| 転　移 | 無　　有　【有の場合】転移部位を次項目に記載 |
| 転移部位  転移有の場合 | 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　　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（　　　　　　　　　　） |
| 多発がん | 無　　有　　不明 |
| 多発がん活動性 | 活動性　　非活動性　　不明 |
| 重複がん | 無　　有　　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　　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（　　　　　　　　　　） |
| 重複がん活動性 | 活動性　　非活動性　　不明 |

1. 検体情報（検体がある場合のみ記載）

|  |  |
| --- | --- |
| 検体採取日 | 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　　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（　　　　　　　　　　） |
| 使用固定液 | 10%中性緩衝ホルマリン　　その他（内容：　　　　　　　　　　　）　　不明 |
| 固定までの時間 | 30分以下　　　30分を越える　　　不明 |
| 固定時間 | ＜6時間　　　6－12時間　　　12－24時間　　　24－48時間  　48時間＜　 　不明 |
| 腫瘍含有率 | ％ |
| その他 | 手術、放射線治療、内視鏡治療などの治療歴がある場合は、内容・期間等の記載をお願いいたします。また特記事項についても、あれば記載してください。 |

1. 薬物療法情報

|  |  |
| --- | --- |
| 1次治療 | レジメン名：  または投与薬剤名： |
| 投与期間　西暦　　　　年　　　月　　　日　～　　　　年　　　月　　　日 |
| 終了理由　　終了理由を選択 |
| 最良総合効果　　CR　　PR　 　SD　　PD　 　NE |
| Grade3以上有害事象  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：  または投与薬剤名： |
| 投与期間　西暦　　　　年　　　月　　　日　～　　　　年　　　月　　　日 |
| 終了理由　　終了理由を選択 |
| 最良総合効果　　CR　　PR　 　SD　　PD　 　NE |
| Grade3以上有害事象  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：  または投与薬剤名： |
| 投与期間　西暦　　　　年　　　月　　　日　～　　　　年　　　月　　　日 |
| 終了理由　　終了理由を選択 |
| 最良総合効果　　CR　　PR　 　SD　　PD　 　NE |
| Grade3以上有害事象  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：  または投与薬剤名： |
| 投与期間　西暦　　　　年　　　月　　　日　～　　　　年　　　月　　　日 |
| 終了理由　　終了理由を選択 |
| 最良総合効果　　CR　　PR　 　SD　　PD　 　NE |
| Grade3以上有害事象  無　 有 → 有の場合、下記に内容と最悪Grade、発現日を記載 |
| 5次治療以降はこちらにご記載ください。 | |

1. 検査情報

* **すべてのがん種**で記載

|  |  |
| --- | --- |
| 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**を選択した場合に記載

|  |  |
| --- | --- |
| 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(V600) | 陰性（変異なし）　　陽性（変異あり）　　判定不能　　不明 or 未検査 |

* がん種区分で**乳**を選択した場合に記載

|  |  |
| --- | --- |
| 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**皮膚**を選択した場合に記載

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

* がん種区分で**肺**を選択した場合に記載

|  |  |
| --- | --- |
| 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（　　　　　） |
| EGFR-検査方法 | CobasV2　  Therascreen　　その他　　不明 |
| EGFR-耐性後  EGFR-T790M | 陰性　　陽性　　判定不能　　不明 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 | Nivolmab/Dako28-8(BMS/小野) 　Pembrolizumab/Dako22C3(Merck)  　不明　　その他 |
| PD-L1（陽性時） | 陽性率　　　　　　％ |
| アスベスト暴露歴 | 無　　　有　　　不明 |