

患者氏名                      **県総 太郎**  
 生年月日            **1958** 年 **6** 月 **7** 日 年齢 **66** 歳

患者背景情報	
① 病理診断名 (英語表記をお願いします)	<b>moderately differentiated adenocarcinoma of the stomach</b>
② 診断日	<b>2019</b> 年 <b>10</b> 月 <b>10</b>
③ 組織検体採取日 採取方法 採取部位 検体固定溶液 検体固定時間 腫瘍含有割合 (推奨>30%)	<b>2019</b> 年 <b>10</b> 月 <b>4</b> <b>肝生検</b> <b>転移巣(肝)</b> <b>10% 中性緩衝ホルマリン溶液</b> <u>          </u> <b>24</b> 時間 <u>          </u> <b>50</b> %
④ 喫煙歴	有 ( <b>20</b> 本を <b>30</b> 年間) 無
⑤ アルコール多飲	有 <b>無</b>
⑥ 重複癌の有無 (他臓器原発の癌。あれば詳細をご記載下さい)	<b>有</b> ( <b>食道粘膜内癌/非活動性</b> ) 無
⑦ 多発癌の有無 (同一臓器の癌の多発)	有 <b>無</b>
⑧ がんの家族歴 (記載例をご参照の上、出来るだけ詳細にご記載下さい。)	<b>父 胃がん 65歳発症</b> <b>父方叔父 膵癌 50歳代発症</b> <b>父方伯母 乳がん 49歳発症</b>
⑨ がんの転移部位	<b>肝・肺</b>
これまでの治療内容	
(治療した順にご記載下さい。足りない場合は欄をコピー&ペースト)	
投与薬剤名 治療開始日 治療終了日 治療目的(いずれかより選択) 最良総合効果(いずれかより選択)	<b>S-1+オキサリプラチン療法</b> <b>2019</b> 年 <b>11</b> 月 <b>5</b> <b>2020</b> 年 <b>1</b> 月 <b>7</b> <b>術前補助</b> (その他の場合詳細： <b>PR</b>
Grade3以上の有害事象 (CTCAEに基づいた有害事象の名)	<b>好中球数減少 Grade 3, 2019/11/20</b> <b>食欲不振 Grade 3, 2019/11/20</b>

病理標本は紹介前に必ずご確認をお願いします。  
(文末参照)当院で検査目的の生検は行いません。

重複癌は他臓器の癌  
(例:食道がんと大腸がん)  
多発癌は同一臓器の癌(例:多発食道がん)です。  
  
重複癌有りの場合、一般的に治験適応から外れますのでご了承の上、ご検討下さい。

分かる範囲内で構いませんので、発症年齢をご記載下さい。

投与薬剤名は可能な限り一般名でご記載下さい。(難しい場合は通称レジメン名、商品名等でも結構です。)  
(治験の場合は「治験」とご記載下さい。)

治療終了日は投与中止を判断した日をご記載下さい。  
補助療法等の場合は治療薬最終投与日をご記載下さい。

称・最悪 Grade・発現日をご記載下さい)	
治療終了理由(いずれかより選択)	計画通り終了
投与薬剤名	S-1 療法
治療開始日	2020 年 2 月 14 日
治療終了日	2021 年 3 月 2 日
治療目的(いずれかより選択)	術後補助 (その他の場合詳細： )
最良総合効果(いずれかより選択)	NE (評価なし)
Grade3 以上の有害事象 (CTCAE に基づいた有害事象の名称・最悪 Grade・発現日をご記載下さい)	なし
治療終了理由(いずれかより選択)	計画通り終了
投与薬剤名	S-1+オキサリプラチン療法
治療開始日	2023 年 2 月 6 日
治療終了日	2023 年 12 月 25 日
治療目的(いずれかより選択)	緩和 (その他の場合詳細： )
最良総合効果(いずれかより選択)	PR
Grade3 以上の有害事象 (CTCAE に基づいた有害事象の名称・最悪 Grade・発現日をご記載下さい)	好中球数減少 Grade 4, 2023/3/1
治療終了理由(いずれかより選択)	無効中止
投与薬剤名	パクリタキセル+ラムシルマブ療法
治療開始日	2024 年 1 月 20 日
治療終了日	2023 年 7 月 27 日
治療目的(いずれかより選択)	緩和 (その他の場合詳細： )
最良総合効果(いずれかより選択)	SD
Grade3 以上の有害事象 (CTCAE に基づいた有害事象の名称・最悪 Grade・発現日をご記載下さい)	なし

さい)	
治療終了理由(いずれかより選択)	無効中止
投与薬剤名	ニボルマブ療法
治療開始日	2024 年 8 月 10 日
治療終了日	2024 年 12 月 8 日
治療目的(いずれかより選択)	緩和 (その他の場合詳細： )
最良総合効果(いずれかより選択)	SD
Grade3 以上の有害事象 (CTCAE に基づいた有害事象の名称・最悪 Grade・発現日をご記載下さい)	間質性肺炎 Grade 3, 2024/12/8
治療終了理由(いずれかより選択)	副作用等で中止
投与薬剤名	トリフルリジン・チピラシル療法
治療開始日	2025 年 2 月 6 日
治療終了日	2025 年 4 月 8 日
治療目的(いずれかより選択)	緩和 (その他の場合詳細： )
最良総合効果(いずれかより選択)	PD
Grade3 以上の有害事象 (CTCAE に基づいた有害事象の名称・最悪 Grade・発現日をご記載下さい)	血小板減少 Grade 3, 2025/2/27
治療終了理由(いずれかより選択)	無効中止
投与薬剤名	イリノテカン療法
治療開始日	2025 年 4 月 23 日
治療終了日	年 月 日
治療目的(いずれかより選択)	緩和 (その他の場合詳細： )
最良総合効果(いずれかより選択)	NE (評価なし)
Grade3 以上の有害事象 (CTCAE に基づいた有害事象の名称・最悪 Grade・発現日をご記載下さい)	なし

治療終了理由(いずれかより選択)	その他(治療継続中)
主治医のエキスパートパネルへの参加希望について	
がん遺伝子パネル検査を実施した場合のエキスパートパネルへの参加希望の有無 ※希望「あり」の方には開催日が決定した時点で改めてご連絡します	参加希望： <b>あり</b> 希望者： <b>〇〇科 医師 静岡 花子</b> 連絡先 メー ル： <b>*****@***.***.jp</b> 電 話： <b>054-247-6111(内線〇〇〇)</b>

ご協力ありがとうございました。

当院での診察結果によっては検査適応とならない場合もございますので、その可能性について事前に患者様にお伝えいただけますと幸いです。

※ 検査提出用の FFPE スライドについて：標本材料が検体採取から3年以内であること、10%中性緩衝ホルマリン溶液に6-72時間固定した標本であること、腫瘍細胞を30%以上含有していることが推奨されております。検査提出には推奨に見合う標本で厚さ4-5 $\mu$ m、切片表面積 $\geq$ 25mm<sup>2</sup>以上の未染スライド10枚及びHE染色スライド1枚が必要となります。参考として、当院では2018年10月以前は20%中性緩衝ホルマリン溶液での固定のため、遺伝子パネル検査には用いておりません。病理標本の状態や腫瘍量を貴院病理部にて事前にご確認をいただけますと幸いです。(推奨基準を満たさない場合にも、個別に相談をお受けさせていただきますので、ご遠慮無くお問い合わせください)

問い合わせ先：

静岡県立総合病院 腫瘍内科

〒420-8527 静岡市葵区北安東4丁目27番1号

TEL：054-247-6111, FAX：054-247-6140