がん遺伝子パネル検査用　診療情報提供書

患者氏名

生年月日　　　　　　　年　　　　　　月　　　　　　日　　　年齢　　　歳

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **患者背景情報** | | |
| ①　病理診断名  （英語表記でお願いします） |  | |
| ②　診断日 | 年　　　　　　月　　　　　日 | |
| 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%） | 年　　　　　　月　　　　　日  手術 ・ 生検 ・ 細胞診 ・ その他（　　　　　　　　　　）  原発巣 ・ 転移巣 (　　 　 　　 ) ・ 不明  10% 中性緩衝ホルマリン溶液 ・ その他（　　 　　　　　　）  　　　　　　　　時間  　　　　　　　　% | |
| ④　喫煙歴 | 有（　　　　本を　　　　年間）  無 | |
| ⑤　アルコール多飲 | 有  無 | |
| 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） | 有（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） 無 | |
| ⑦　多発癌の有無  （同一臓器の癌の多発） | 有（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）  無 | |
| 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） |  | |
| ⑨　がんの転移部位 |  | |
| **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&ペーストしてご記載下さい)** | | |
| 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)  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）  治療終了理由(いずれかより選択) | | 年　　　　　　月　　　　　日  　　　　　年　　　　　　月　　　　　日  術前補助 / 術後補助 / 根治 / 緩和 / その他  （その他の場合詳細：　　　　　　　　　　　　　　　　）  CR / PR / SD / PD / NE (評価なし) / その他  計画通り終了 / 無効中止 / 副作用等で中止 / 本人希望で中止  その他の理由で中止 / 不明 |
| 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)  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）  治療終了理由(いずれかより選択) | | 年　　　　　　月　　　　　日  　　　　　年　　　　　　月　　　　　日  術前補助 / 術後補助 / 根治 / 緩和 / その他  （その他の場合詳細：　　　　　　　　　　　　　　　　）  CR / PR / SD / PD / NE (評価なし) / その他  計画通り終了 / 無効中止 / 副作用等で中止 / 本人希望で中止  その他の理由で中止 / 不明 |
| 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)  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）  治療終了理由(いずれかより選択) | | 年　　　　　　月　　　　　日  　　　　　年　　　　　　月　　　　　日  術前補助 / 術後補助 / 根治 / 緩和 / その他  （その他の場合詳細：　　　　　　　　　　　　　　　　）  CR / PR / SD / PD / NE (評価なし) / その他  計画通り終了 / 無効中止 / 副作用等で中止 / 本人希望で中止  その他の理由で中止 / 不明 |
| 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)  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）  治療終了理由(いずれかより選択) | | 年　　　　　　月　　　　　日  　　　　　年　　　　　　月　　　　　日  術前補助 / 術後補助 / 根治 / 緩和 / その他  （その他の場合詳細：　　　　　　　　　　　　　　　　）  CR / PR / SD / PD / NE (評価なし) / その他  計画通り終了 / 無効中止 / 副作用等で中止 / 本人希望で中止  その他の理由で中止 / 不明 |
| **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：　あり ・ なし  希 望 者：  連絡先  メ ー ル：  電　　話： | |

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 4-5μm、切片表面積 ≧ 25mm2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頂きますので、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