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 （なるべく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.初回治療前ステージ（UICCステージ分類（病期）） | ０期・Ⅰ期・Ⅱ期・Ⅲ期・Ⅳ期・該当せず・不明 |
| 5.喫煙歴の有無　　１日の本数/喫煙年数 | あり・なし・不明本/　　　　　年 |
| 6.アルコール多飲の有無 | あり・なし・不明 |
| 7.重複がんの有無（異なる臓器）　　　　　　　 | あり・なし・不明　1. 部位：　　診断日：　　/ 　/　 病理診断名：
2. 部位：　　診断日：　　/　 /　 病理診断名：
3. 部位：　　診断日：　　/　 /　 病理診断名：
 |
| 8.多発がんの有無（同一臓器） | あり・なし・不明診断日：　　/　　/　　　　　 病理診断名：  |
| 9.家族歴の有無 | あり・なし・不明１人目：続柄：　　　　がん腫：　　　　年齢：　　　　歳台２人目：続柄：　　　　がん腫：　　　　年齢：　　　　歳台３人目：続柄：　　　　がん腫：　　　　年齢：　　　　歳台 |
| 10.がんの転移部位の有無（現在） | あり・なし　　　　　転移部位： |
| **遺伝子関連の検査** |
| 検査項目 | 検査結果 | 検査方法 |
| 1. NTRK1/2/3融合遺伝子
 |  |  |
| 1. MSI
 |  |  |
| 1. ミスマッチ修復機能
 |  |  |
| 1. 腫瘍遺伝子変異量
 |  |  |
| 1. BRACAnalysis
 |  |  |
| 1. myChoice
 |  |  |
| 1. その他（　　　　　　　）
 |  |  |
| **これまでの治療について****※治療した順にご記載下さい。** |
| **治療ライン** | **１次治療** |
| 実施目的 | 術前補助 / 術後補助 / 根治 / 緩和 / その他 |
| レジメン名 |  |
| 薬剤１ |  |
| 薬剤２ |  |
| 薬剤３ |  |
| 薬剤４ |  |
| 薬剤５ |  |
| 投与開始日 | 年　　　　　　月　　　　　日 |
| 投与終了日 | 年　　　　　　月　　　　　日 |
| 終了理由 | 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 |
| 最良総合評価 | CR / PR / SD / PD / NE (評価なし)  |
| 副作用の理由（副作用等で中止の場合） |  |
| 増悪確認日（無効中止の場合） | 年　　　　　　月　　　　　日 |
| Ｇ３以上有害事象の有無 | あり・なし |
| 発現日 | 年　　　　　　月　　　　　日 |
| 名称日本語：最悪Grade |  |
| 備考 |  |
| **治療ライン** | **２次治療** |
| 実施目的 | 術前補助 / 術後補助 / 根治 / 緩和 / その他 |
| レジメン名 |  |
| 薬剤１ |  |
| 薬剤２ |  |
| 薬剤３ |  |
| 薬剤４ |  |
| 薬剤５ |  |
| 投与開始日 | 年　　　　　　月　　　　　日 |
| 投与終了日 | 年　　　　　　月　　　　　日 |
| 終了理由 | 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 |
| 最良総合評価 | CR / PR / SD / PD / NE (評価なし)  |
| 副作用の理由（副作用等で中止の場合） |  |
| 増悪確認日（無効中止の場合） | 年　　　　　　月　　　　　日 |
| Ｇ３以上有害事象の有無 | あり・なし |
| 発現日 | 年　　　　　　月　　　　　日 |
| 名称日本語：最悪Grade |  |
| 備考 |  |
| **これまでの治療について****※治療した順にご記載下さい。** |
| **治療ライン** | **３次治療** |
| 実施目的 | 術前補助 / 術後補助 / 根治 / 緩和 / その他 |
| レジメン名 |  |
| 薬剤１ |  |
| 薬剤２ |  |
| 薬剤３ |  |
| 薬剤４ |  |
| 薬剤５ |  |
| 投与開始日 | 年　　　　　　月　　　　　日 |
| 投与終了日 | 年　　　　　　月　　　　　日 |
| 終了理由 | 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 |
| 最良総合評価 | CR / PR / SD / PD / NE (評価なし) |
| 副作用の理由（副作用等で中止の場合） |  |
| 増悪確認日（無効中止の場合） | 年　　　　　　月　　　　　日 |
| Ｇ３以上有害事象の有無 | あり・なし |
| 発現日 | 年　　　　　　月　　　　　日 |
| 名称日本語：最悪Grade |  |
| 備考 |  |
| **治療ライン** | **４次治療** |
| 実施目的 | 術前補助 / 術後補助 / 根治 / 緩和 / その他 |
| レジメン名 |  |
| 薬剤１ |  |
| 薬剤２ |  |
| 薬剤３ |  |
| 薬剤４ |  |
| 薬剤５ |  |
| 投与開始日 | 年　　　　　　月　　　　　日 |
| 投与終了日 | 年　　　　　　月　　　　　日 |
| 終了理由 | 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 |
| 最良総合評価 | CR / PR / SD / PD / NE (評価なし)  |
| 副作用の理由（副作用等で中止の場合） |  |
| 増悪確認日（無効中止の場合） | 年　　　　　　月　　　　　日 |
| Ｇ３以上有害事象の有無 | あり・なし |
| 発現日 | 年　　　　　　月　　　　　日 |
| 名称日本語：最悪Grade |  |
| 備考 |  |
| **これまでの治療について****※足りない場合はコピーしてご記載下さい。** |
| **治療ライン** | **次治療** |
| 実施目的 | 術前補助 / 術後補助 / 根治 / 緩和 / その他 |
| レジメン名 |  |
| 薬剤１ |  |
| 薬剤２ |  |
| 薬剤３ |  |
| 薬剤４ |  |
| 薬剤５ |  |
| 投与開始日 | 年　　　　　　月　　　　　日 |
| 投与終了日 | 年　　　　　　月　　　　　日 |
| 終了理由 | 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 |
| 最良総合評価 | CR / PR / SD / PD / NE (評価なし)  |
| 副作用の理由（副作用等で中止の場合） |  |
| 増悪確認日（無効中止の場合） | 年　　　　　　月　　　　　日 |
| Ｇ３以上有害事象の有無 | あり・なし |
| 発現日 | 年　　　　　　月　　　　　日 |
| 名称日本語：最悪Grade |  |
| 備考 |  |
| **治療ライン** | **次治療** |
| 実施目的 | 術前補助 / 術後補助 / 根治 / 緩和  |
| レジメン名 |  |
| 薬剤１ |  |
| 薬剤２ |  |
| 薬剤３ |  |
| 薬剤４ |  |
| 薬剤５ |  |
| 投与開始日 | 年　　　　　　月　　　　　日 |
| 投与終了日 | 年　　　　　　月　　　　　日 |
| 終了理由 | 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 |
| 最良総合評価 | CR / PR / SD / PD / NE (評価なし)  |
| 副作用の理由（副作用等で中止の場合） |  |
| 増悪確認日（無効中止の場合） | 年　　　　　　月　　　　　日 |
| Ｇ３以上有害事象の有無 | あり・なし |
| 発現日 | 年　　　　　　月　　　　　日 |
| 名称日本語：最悪Grade |  |
| 備考 |  |

|  |
| --- |
| **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 | 参加希望：　あり ・ なし |
| 病院名： |
| 希望者：　　　 |
| Mail address： |
| 電話番号： |
| 備考 |  |

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