

医師連携用 ご記入いただき送り下さい。

行先:

TEL

## がん遺伝子パネル検査 予約申込書

エキスパートパネル開催時に必要となる臨床情報を、下記フォームにご記載ください。

ご協力よろしく申し上げます。

貴院の情報を記載してください。	
名称	
住所	
担当科・担当医師	
担当者	
電話番号	
FAX番号	

ご紹介患者情報 等（記載、またはチェック☑してください）	
ふりがな	
氏名	
生年月日	大・昭・平 年 月 日生（ 歳）
性別	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女
旧姓	<input type="checkbox"/> あり（ ） <input type="checkbox"/> なし
現住所	〒
連絡先電話番号	
疾患名	
希望検査	<input type="checkbox"/> NCCオンコパネル <input type="checkbox"/> FoundationOne®CDxゲノムプロファイル <input type="checkbox"/> LiquidCD x
徳島大学病院 受診歴	<input type="checkbox"/> 有（ 科）※ わかる範囲で <input type="checkbox"/> 無

受診希望日 等	
受診 希望日	第1： 月 日 曜日 <input type="checkbox"/> 希望なし
現在の患者さんの状況	<input type="checkbox"/> 貴院入院中 <input type="checkbox"/> 帰宅され、貴院より連絡待ち <input type="checkbox"/> その他（具体的に： ）

【患者情報】	
予後の状態に☑をお書きください	<input type="checkbox"/> 1か月～3か月 <input type="checkbox"/> 3か月～6か月 <input type="checkbox"/> 6か月～1年 <input type="checkbox"/> 1年以上
喫煙歴有無	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> 不明
喫煙年数	（ ）年 1日の本数（ ）本/日
アルコール多飲の有無	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> 不明
ECOG PS	<input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 不明
重複がん有無(異なる臓器)	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> 不明 重複がん部位( )
多発がん有無(同一臓器)	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> 不明
多発がん活動性	<input type="checkbox"/> 活動性 <input type="checkbox"/> 非活動性 <input type="checkbox"/> 不明

【登録時転移】	
登録時転移の有無	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> 不明
登録時転移の部位	<input type="checkbox"/> 中枢神経系 <input type="checkbox"/> 脳 <input type="checkbox"/> 眼 <input type="checkbox"/> 口腔 <input type="checkbox"/> 咽頭 <input type="checkbox"/> 鼻・副鼻腔 <input type="checkbox"/> 唾液腺 <input type="checkbox"/> 甲状腺 <input type="checkbox"/> 肺 <input type="checkbox"/> 胸膜 <input type="checkbox"/> 胸腺 <input type="checkbox"/> 乳 <input type="checkbox"/> 食道 <input type="checkbox"/> 胃 <input type="checkbox"/> 十二指腸乳頭部 <input type="checkbox"/> 小腸 <input type="checkbox"/> 虫垂 <input type="checkbox"/> 大腸 <input type="checkbox"/> 肝 <input type="checkbox"/> 胆道 <input type="checkbox"/> 膵 <input type="checkbox"/> 腎 <input type="checkbox"/> 腎盂 <input type="checkbox"/> 副腎 <input type="checkbox"/> 膀胱 <input type="checkbox"/> 尿管 <input type="checkbox"/> 前立腺 <input type="checkbox"/> 精巣 <input type="checkbox"/> 陰茎 <input type="checkbox"/> 子宮体部 <input type="checkbox"/> 子宮頸部 <input type="checkbox"/> 卵巣/卵管 <input type="checkbox"/> 膣 <input type="checkbox"/> 皮膚 <input type="checkbox"/> 皮下 <input type="checkbox"/> 骨 <input type="checkbox"/> 筋肉 <input type="checkbox"/> 軟部組織 <input type="checkbox"/> 腹膜 <input type="checkbox"/> 髄膜 <input type="checkbox"/> 骨髄系 <input type="checkbox"/> リンパ系 <input type="checkbox"/> 末梢神経系 <input type="checkbox"/> 原発不明 <input type="checkbox"/> その他

患者名

【臨床情報】 (記載、またはチェック☑してください)

項目	内容
病理診断名	
初発診断日	(西暦) 年 月 日
再発診断時	(西暦) 年 月 日
重複がん	<input type="checkbox"/> 有 有の場合は(部位: _____, 活動性: <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 不明) <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 不明
多発がん	<input type="checkbox"/> 有 (活動性: <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 不明) <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 不明
登録時転移	<input type="checkbox"/> 有 (部位: 転移① 転移② 転移③ 転移④ 転移⑤) <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 不明
MSI 検査	<input type="checkbox"/> 未実施 <input type="checkbox"/> 陰性 <input type="checkbox"/> MSI-H
BRACAnalysis	<input type="checkbox"/> 未実施 <input type="checkbox"/> 陰性 <input type="checkbox"/> 陰性 (VUS) <input type="checkbox"/> 陽性

肺がん症例	EGFR : <input type="checkbox"/> 陰性 <input type="checkbox"/> 陽性 <input type="checkbox"/> 判定不能 <input type="checkbox"/> 不明または未検査 EGFR-type: その他 EGFR-検査方法: EGFR検査方法 EGFR-TKI耐性後EGFR-T790M : <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 ALK融合 : <input type="checkbox"/> 陰性 <input type="checkbox"/> 陽性 <input type="checkbox"/> 判定不能 <input type="checkbox"/> 不明または未検査 ALK検査方法 : ALK検査方法 ROS-1: <input type="checkbox"/> 陰性 <input type="checkbox"/> 陽性 <input type="checkbox"/> 判定不能 <input type="checkbox"/> 不明または未検査 BRAF (V600): <input type="checkbox"/> 陰性 <input type="checkbox"/> 陽性 <input type="checkbox"/> 判定不能 <input type="checkbox"/> 不明または未検査 PD-L1 (IHC) : IHC PD-L1 (IHC)陽性率 :     % アスベスト暴露歴 : <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無
乳がん症例	HER2 (IHC) : IHC <input type="checkbox"/> 陰性 <input type="checkbox"/> 陰性(1+) <input type="checkbox"/> 境界域(2+) <input type="checkbox"/> 陽性(3+) <input type="checkbox"/> 判定不能 <input type="checkbox"/> 不明or未検査 HER2 (FISH) : FISH <input type="checkbox"/> 陰性 <input type="checkbox"/> equivocal <input type="checkbox"/> 陽性 <input type="checkbox"/> 判定不能 <input type="checkbox"/> 不明or未検査 ER : <input type="checkbox"/> 陰性 <input type="checkbox"/> 陽性 <input type="checkbox"/> 判定不能 <input type="checkbox"/> 不明または未検査 PgR : <input type="checkbox"/> 陰性 <input type="checkbox"/> 陽性 <input type="checkbox"/> 判定不能 <input type="checkbox"/> 不明または未検査 gBRCA1 : <input type="checkbox"/> 陰性 <input type="checkbox"/> 陽性 <input type="checkbox"/> 判定不能 <input type="checkbox"/> 不明または未検査 gBRCA2 : <input type="checkbox"/> 陰性 <input type="checkbox"/> 陽性 <input type="checkbox"/> 判定不能 <input type="checkbox"/> 不明または未検査
食道がん、胃がん、小腸がん、大腸がん症例	KRAS変異 : <input type="checkbox"/> 陰性 <input type="checkbox"/> 陽性 <input type="checkbox"/> 判定不能 <input type="checkbox"/> 不明または未検査 KRAS-type : Type KRAS検査方法 : <input type="checkbox"/> PCR-rSSO法 <input type="checkbox"/> その他 <input type="checkbox"/> 不明 NRAS変異 : <input type="checkbox"/> 陰性 <input type="checkbox"/> 陽性 <input type="checkbox"/> 判定不能 <input type="checkbox"/> 不明または未検査 NRAS-type : Type NRAS検査方法 : <input type="checkbox"/> PCR-rSSO法 <input type="checkbox"/> その他 <input type="checkbox"/> 不明 HER2 (IHC) : IHC強度 EGFR (IHC) : IHC強度 BRAF (V600) : <input type="checkbox"/> 陰性 <input type="checkbox"/> 陽性 <input type="checkbox"/> 判定不能 <input type="checkbox"/> 不明または未検査
肝がん症例	HBsAg : <input type="checkbox"/> 陰性 <input type="checkbox"/> 陽性 <input type="checkbox"/> 判定不能 <input type="checkbox"/> 不明または未検査 HBs抗体 : <input type="checkbox"/> 陰性 <input type="checkbox"/> 陽性 <input type="checkbox"/> 判定不能 <input type="checkbox"/> 不明または未検査 HBV-DNA (コピー数 ) HCV抗体 : <input type="checkbox"/> 陰性 <input type="checkbox"/> 陽性 <input type="checkbox"/> 判定不能 <input type="checkbox"/> 不明または未検査 HCV-RNA (コピー数 )
皮膚がん症例	BRAF (V600) : <input type="checkbox"/> 陰性 <input type="checkbox"/> 陽性 <input type="checkbox"/> 判定不能 <input type="checkbox"/> 不明または未検査
卵巣がん症例	HRD: <input type="checkbox"/> HRP <input type="checkbox"/> HRD <input type="checkbox"/> tBRCAm

貴院での病理番号	検体識別番号：
検体種別	<input type="checkbox"/> FFPE <input type="checkbox"/> 新鮮凍結
腫瘍細胞含有割合	%
検体採取日（腫瘍組織）	採取日：
検体採取方法	<input type="checkbox"/> 生検 <input type="checkbox"/> 手術 <input type="checkbox"/> その他 <input type="checkbox"/> 不明
検体採取部位	<input type="checkbox"/> 原発巣 <input type="checkbox"/> 転移巣 <input type="checkbox"/> 不明
具体的な採取部位	具体的な採取部位：

【薬物療法歴】

投与したレジメン毎に記載をお願いします。

欄が足りない場合は、コピーしてご記載ください。

総レジメン数 \_\_\_\_\_

項目	内容
薬物療法 1次治療 (EP前)	治療ライン：ライン
	実施目的： <input type="checkbox"/> 術前補助療法 <input type="checkbox"/> 術後補助療法 <input type="checkbox"/> 根治 <input type="checkbox"/> 緩和 <input type="checkbox"/> その他
	実施施設： <input type="checkbox"/> 自施設 <input type="checkbox"/> 他施設
	レジメン名：
	薬剤名：
	投与時の薬剤承認状況： <input type="checkbox"/> 適応内 <input type="checkbox"/> 適応外 <input type="checkbox"/> 未承認（治験）
	レジメン内容変更情報： <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無
	投与開始日：
	投与終了日： _____ または <input type="checkbox"/> 継続中
	終了理由： <input type="checkbox"/> 計画通り終了 <input type="checkbox"/> 無効中止 <input type="checkbox"/> 副作用等で中止
	<input type="checkbox"/> 本人の希望により中止 <input type="checkbox"/> その他理由で中止 <input type="checkbox"/> 不明
	最良総合効果： <input type="checkbox"/> CR <input type="checkbox"/> PR <input type="checkbox"/> SD <input type="checkbox"/> PD <input type="checkbox"/> NE
有害事象（EP前）	Grade3以上有害事象の有無（非血液毒性）： <input type="checkbox"/> Grade3以上なし <input type="checkbox"/> Grade3以上あり
	有害事象① CTCAEv5.0名称 日本語：
	有害事象① CTCAEv5.0最悪 Grade： <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4
	有害事象① 発現日
	有害事象内容（ _____ ）
	有害事象② CTCAEv5.0名称 日本語：
	有害事象② CTCAEv5.0最悪 Grade： <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4
	有害事象② 発現日
	有害事象③ CTCAEv5.0名称 日本語：
	有害事象③ CTCAEv5.0最悪 Grade： <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4
	有害事象③ 発現日



