

がん遺伝子パネル検査診療情報提供書

情報提供書は4枚となっております。項目に○をつけるか、空欄にご記入頂きますようお願いいたします。

診療科【 】 担当医師名【 】

患者氏名	【 】
住所	【 】
電話番号	【自宅： 携帯： 】※日中連絡がとれる番号を記載
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】【1日の本数： 本】
飲酒歴	無 有 →有の場合【 】を【 位/日】
がんの家族歴	無 有 →有の場合、記載してください。例：母、(罹患年齢)60歳、胃癌 【 】
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

疾患情報

がん種区分	中枢神経系/脳 頭頸部 眼 肺 胸膜 胸腺 甲状腺 乳 食道/胃 十二指腸乳頭 腸 肝 胆道 膵 腎 副腎 膀胱/尿管 前立腺 精巣 陰茎 子宮 子宮頸部 卵巣/卵管 膣 皮膚 骨 軟部組織 腹膜 骨髄系 リンパ系 末梢神経 その他( ) ※ここで、肺・乳・食道/胃・腸・皮膚を選択した場合4ページ目に記載項目があります。
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 不明
部位	脊髄 脳 眼 口腔 咽頭 喉頭 鼻・副鼻腔 唾液腺 甲状腺 肺 胸膜 胸腺 乳腺 食道 胃 十二指腸乳頭部 十二指腸 小腸 虫垂 大腸 肛門 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 骨 筋肉 軟部組織 腹膜 髄膜 骨髄 リンパ節/リンパ管 末梢神経 血液 原発不明 その他

多発がん(同一臓器)	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 頭頸部 眼 肺 胸膜 胸腺 甲状腺 乳 食道/胃 十二指腸乳頭 腸 肝 胆道 膵 腎 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 膈 皮膚 骨 軟部組織 腹膜 骨髄系 リンパ系 末梢神経 その他( )		
重複がん活動性	活動性	非活動性	不明

検体情報1(組織検体での検査を希望される際に記載してください。その場合、検体情報2は記載不要です。)

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	脊髄 脳 眼 口腔 咽頭 喉頭 鼻・副鼻腔 唾液腺 甲状腺 肺 胸膜 胸腺 乳腺 食道 胃 十二指腸乳頭部 十二指腸 小腸 虫垂 大腸 肛門 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 膈 皮膚 骨 筋肉 軟部組織 腹膜 髄膜 骨髄 リンパ節/リンパ管 末梢神経 血液 原発不明 その他( )		
使用された固定液	<input type="checkbox"/> 10%中性緩衝ホルマリン	<input type="checkbox"/> その他(内容: )	<input type="checkbox"/> 不明
固定に浸かるまでの時間	<input type="checkbox"/> 30分以下	<input type="checkbox"/> 30分を越える	<input type="checkbox"/> 不明
固定時間	<input type="checkbox"/> ＜6時間	<input type="checkbox"/> 6-12時間	<input type="checkbox"/> 12-24時間 <input type="checkbox"/> 24-48時間
	<input type="checkbox"/> 48時間＜	<input type="checkbox"/> 不明	
腫瘍含有率	【 %】 <b>必ず、記載してください。</b>		

検体情報2(採血検体での検査を希望される際に記載してください。その場合、検体情報1は記載不要です。)

組織検体での検査が不適の理由について、下記に記載をお願いします。

組織検体の量的問題(具体的な理由: )

組織検体の質的問題(具体的な理由: )

輸血歴:直近1ヶ月以内の輸血歴 ある ( 年 月 日 ) ・ ない

※予約日までに輸血をした場合は必ずご連絡ください。(TEL:022-717-8660) 予約日に変更になる場合があります。

**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・期間などを記載してください。  
 その他、特記事項がある場合、記載してください。



検査情報 全がん種

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、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	境界域(2+)	陽性(3+)	判定不能 or 未検査
HER2 ( FISH )	陰性	equivocal	陽性	判定不能 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

がん腫区分で**乳**を選択した場合、記載

HER2 ( IHC )	陰性	陰性(1+)	境界型(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		

がん腫区分で**皮膚**を選択した場合、記載

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

がん腫区分で**肺**を選択した場合、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( )		不明		
EGFR-検査方法	CobasV2	Therascreen	その他	不明		
EGFR-TKI 耐性 後 EGFR-T790M	陰性	陽性	判定不能	判定不能 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	Nivolumab/Dako28-8(BMS/小野)	Pembrolizumab/Dako22C3(Merck)				
	不明	その他				
PD-L1(IHC)陽性時	陽性率	%				
アスベスト曝露歴	無	有	不明			