

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	膣	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	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()								
腫瘍含有率	【 %】 必ず、記載してください。								

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) 予約日が変更になる場合があります。

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 codon117	codon13 codon146	codon59 不明	codon61
NRAS	陰性	陽性	判定不能	不明 or 未検査
NRAS-type	codon12 codon117	codon13 codon146	codon59 不明	codon61
HER2 (IHC)	陰性 判定不能	境界域(2+) 不明 or 未検査	陽性(3+)	
HER2 (FISH)	陰性	equivocal	陽性	判定不能 不明 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**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 L861Q	exon-19欠失 その他()	S768I	T790M exon-20挿入 L858R
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
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)陽性時	陽性率	%		
アスベスト曝露歴	無	有	不明	