

がん遺伝子パネル検査診療情報提供書(乳癌用)

<紹介目的> *必ずチェックを入れてください

☐ 包括的がんゲノムプロファイリング(CGP)

以下を確認してください

- ☐ アンスラ/タキサン等化学療法は施行済み
- ☐ 3ヶ月以上の予後が見込める
- ☐ 本検査終了後に化学療法など治療が可能

☐ トルカブ無償プログラム(AZ-program)

以下を確認してください

- ☐ 内分泌療法歴があり、術前/術後内分泌療法中、又は終了後 12 か月以内に乳癌の再発又は病勢進行を認めている あるいは
局所進行(手術不能)又は転移乳癌に対する内分泌療法中に病勢進行を認めている

* 局所進行(手術不能)又は転移乳癌に対する 3 ライン以上の内分泌療法を受けた患者や、2 ライン以上の化学療法を受けた患者は CGP として提出してください。

() 病院(乳腺外科・外科・乳腺科・) 科 担当医: ()

患者氏名	
年齢・性別	() 才 (女性 ・ 男性)
電話番号	*日中連絡がとれる番号を記載
ECOG PS	(0 ・ 1 ・ 2 ・ 3 ・ 4) *PS3以上は事前に連絡。

組織でがん遺伝子パネルを依頼する場合

組織の固定処理	以上の条件を (満たす ・ 満たさない) 1, 切除・採取後、3時間以内に固定液に浸した 2, 固定液に 10%中性緩衝ホルマリンを用いた 3, 固定時間は6～48時間 満たさない場合は以下にチェックし、詳細を記載 ☐ 固定までの時間: ☐ 固定液: ☐ 固定時間:
検体採取日	
採取方法	手術・生検・セルブロック・

	その他: _____
検体採取部位	乳腺・リンパ節・皮膚・肝臓・肺 その他: _____
腫瘍含有率	_____ %

血液検体でがん遺伝子パネル検査を依頼する場合

直近 1 ヶ月以内の輸血歴	(なし ・あり)
リキッドで 依頼する理由	☐ 組織の保存期間が長い(保存期間 _____ 年) ☐ 組織量が少ない(腫瘍含有率 _____ %) ☐ その他(詳細: _____)

疾患情報

病歴のサマリーを添付してください。

下記の項目について、サマリーにすべて記載があればチェックボックスにチェックのみでも結構ですが、可能であれば記載をお願いします

☐	疾患情報	(みぎ・ひだり・同時性両側・異時性両側)乳癌
☐	病理診断名	(浸潤性乳管癌・浸潤性小葉癌・粘液癌 その他: _____)
☐	状態	☐ 術後再発 (初発ステージ: _____) ☐ de novo Stage IV ☐ その他: _____)
☐	ER	陽性(____% or TS_____)・陰性・不明 * 初回の生検・手術の情報を記載してください。
☐	PgR	陽性(____% or TS_____)・陰性・不明
☐	HER2	Score 0 ・ 1+ ・ 2+ ・ 3+
☐	HER2 ISH	(未検査・増幅なし・増幅あり・判定不能 ・不明)
☐	gBRCA1/2 * 必ずレポートを添付してください	(未検査 ・変異なし・変異あり 変異ありの場合: gBRCA1・gBRCA2)
☐	乳癌家族歴	なし・あり(詳細: _____)

☐	卵巣癌家族歴	なし・あり(詳細:)
☐	膵癌家族歴	なし・あり(詳細:)
☐	他の家族歴	詳細:
☐	以前の 他癌の既往	なし あり(詳細:)
☐	現在の 他癌の重複	なし あり(詳細:)
☐	現在の遠隔転移部位 (複数選択可)	肺・肝・骨・リンパ節(部位:) 胸膜・腹膜・脳・髄膜 その他()

乳癌に対する手術・生検・放射線治療 情報

手術・生検の有無（あり・なし）

手術所見・病理レポートを添付してください。

サマリーに以下の内容のすべて記載があれば、以下記載しなくても結構ですが、可能であれば記載を御願います

内容	手術 ・ 生検
手術目的	☐ 初発手術（遠隔転移なし） ☐ Stage IV に対する salvage 手術 ☐ 転移巣に対する生検 ☐
手術日	_____年_____月_____日

内容	手術 ・ 生検
手術目的	☐ 初発手術（遠隔転移なし） ☐ Stage IV に対する salvage 手術 ☐ 転移巣に対する生検 ☐
手術日	_____年_____月_____日

照射歴

内容	初発 術後照射 ・ 再発部位 照射
照射部位	☐ 温存乳房 ☐ 温存乳房＋領域リンパ節 ☐ 胸壁＋領域リンパ節 ☐ 再発部位（詳細：_____） ☐ その他（_____）
照射開始日	_____年_____月_____日
照射終了日	_____年_____月_____日

上記以外の手術・生検・照射歴

転移・再発する前の治療歴

転移・再発前治療（あり・なし（なしの場合以下記載不要））

サマリーに以下の内容の記載があれば、以下記載しなくても結構ですが、可能であれば記載を御願います。

治療内容	（術前・術後）
レジメン名	
開始日	_____年_____月_____日
最終投与日	_____年_____月_____日
最良効果判定	CR・PR・SD・PD・評価不能 有害事象のため中止

治療内容	（術前・術後）
レジメン名	
開始日	_____年_____月_____日
最終投与日	_____年_____月_____日
最良効果判定	CR・PR・SD・PD・評価不能 有害事象のため中止

治療内容	（術前・術後）
レジメン名	
開始日	_____年_____月_____日
最終投与日	_____年_____月_____日
最良効果判定	CR・PR・SD・PD・評価不能 有害事象のため中止

治療内容	（術前・術後）
レジメン名	
開始日	_____年_____月_____日
最終投与日	_____年_____月_____日
最良効果判定	CR・PR・SD・PD・評価不能 有害事象のため中止

治療内容	（術前・術後）
レジメン名	
開始日	_____年_____月_____日
最終投与日	_____年_____月_____日
最良効果判定	CR・PR・SD・PD・評価不能 有害事象のため中止

治療内容	(術前 ・術後)
レジメン名	
開始日	_____年_____月_____日
最終投与日	_____年_____月_____日
最良効果判定	CR・PR・SD・PD・評価不能 有害事象のため中止

上記以降の転移・再発前治療(自由記載)

転移・再発した後の治療歴

転移・再発後治療（あり・なし（なしの場合以下記載不要））

サマリーに以下の内容がすべて記載があれば、以下記載しなくても結構ですが、可能であれば記載をお願いします。

レジメン名	
開始日	_____年_____月_____日
最終投与日	_____年_____月_____日
最良効果判定	CR・PR・SD・PD・評価不能
治療を中止した理由	PD のため ・ 有害事象のため その他:_____
Grade 3 以上の有害事象	なし・あり(_____)

レジメン名	
開始日	_____年_____月_____日
最終投与日	_____年_____月_____日
最良効果判定	CR・PR・SD・PD・評価不能
治療を中止した理由	PD のため ・ 有害事象のため その他:_____
Grade 3 以上の有害事象	なし・あり(_____)

レジメン名	
開始日	_____年_____月_____日
最終投与日	_____年_____月_____日
最良効果判定	CR・PR・SD・PD・評価不能
治療を中止した理由	PD のため ・ 有害事象のため その他:_____
Grade 3 以上の有害事象	なし・あり(_____)

レジメン名	
開始日	_____年_____月_____日
最終投与日	_____年_____月_____日
最良効果判定	CR・PR・SD・PD・評価不能
治療を中止した理由	PD のため ・ 有害事象のため その他:_____
Grade 3 以上の有害事象	なし・あり(_____)

レジメン名	
開始日	_____年_____月_____日
最終投与日	_____年_____月_____日
最良効果判定	CR・PR・SD・PD・評価不能
治療を中止した理由	PD のため ・ 有害事象のため その他:_____
Grade 3 以上の有害事象	なし・あり(_____)

レジメン名	
開始日	_____年_____月_____日
最終投与日	_____年_____月_____日
最良効果判定	CR・PR・SD・PD・評価不能
治療を中止した理由	PD のため ・ 有害事象のため その他:_____
Grade 3 以上の有害事象	なし・あり(_____)

レジメン名	
開始日	_____年_____月_____日
最終投与日	_____年_____月_____日
最良効果判定	CR・PR・SD・PD・評価不能
治療を中止した理由	PD のため ・ 有害事象のため その他:_____
Grade 3 以上の有害事象	なし・あり(_____)

上記以降の転移・再発後治療(自由記載)

治療薬の略語

乳癌治療薬 略語

略語	薬剤名	レジメン名	薬剤名
TAM	タモキシフェン	FEC	5Fu+エビルピシン+シクロfosファミド
TOR	トレミフェン	AC	アドリマイシン+シクロfosファミド
ZOL	ゾラデックス	CMF	シクロfosファミド+メソトレキセート+5Fu
LPR	リュプロレリン	TC	ドセタキセル+シクロfosファミド
ANA	アナストロゾール		
LET	レトロゾール	DTX	ドセタキセル
EXE	エキセメスタン	PTX	パクリタキセル
FUL	フルベストラント	nabPTX	ナブパクリタキセル
MPA	ヒスロン	HAL	エリブリン
		CAP	カベシタビン
PAL	バルボシクリブ	S-1	S-1
ABE	アベマシクリブ	VNB	ビノレルビン
EVE	エベロリムス	GEM	ゲムシタビン
Tmab	トラスツマブ	CBDCA	カルボプラチン
Pmab	ペルツマブ	CPT-11	イリノテカン
LAP	ラパチニブ		
T-DM1	トラスツマブ エムタンシン		
T-DXd	トラスツマブ デルクステカン		
Bmab	ベバシマブ		
OLA	オラバリブ		
Atezo	アテゾリズマブ		

* 乳癌診療ガイドラインより抜粋。一部追加。

その他

ペンブロリズマブ(キイトルーダ):PEMB

カピバセルチブ(トルカブ):CAPI