

## がん遺伝子パネル検査診療情報提供書(乳癌用)

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である

( )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 <input type="checkbox"/> 固定までの時間: <input type="checkbox"/> 固定液: <input type="checkbox"/> 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	<input type="checkbox"/> 組織の保存期間が長い(保存期間 _____年) <input type="checkbox"/> 組織量が少ない(腫瘍含有率 _____ %) <input type="checkbox"/> 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御願いたします

<input type="checkbox"/>	疾患情報	( みぎ・ひだり・同時性両側・異時性両側 )乳癌
<input type="checkbox"/>	病理診断名	(浸潤性乳管癌・浸潤性小葉癌・粘液癌 その他:_____)
<input type="checkbox"/>	状態	<input type="checkbox"/> 術後再発 (初発ステージ:_____) <input type="checkbox"/> de novo Stage IV <input type="checkbox"/> その他:_____)
<input type="checkbox"/>	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。
<input type="checkbox"/>	PgR	陽性( ___% or TS_____ )・陰性・不明
<input type="checkbox"/>	HER2	Score 0 ・ 1+ ・ 2+ ・ 3+
<input type="checkbox"/>	HER2 ISH	(未検査・増幅なし・増幅あり・判定不能 ・不明 )
<input type="checkbox"/>	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 )
<input type="checkbox"/>	乳癌家族歴	なし・あり(詳細:_____)
<input type="checkbox"/>	卵巣癌家族歴	なし・あり(詳細:_____)
<input type="checkbox"/>	膵癌家族歴	なし・あり(詳細:_____)
<input type="checkbox"/>	他の家族歴	詳細:_____
<input type="checkbox"/>	以前の 他癌の既往	なし あり(詳細:_____)
<input type="checkbox"/>	現在の 他癌の重複	なし あり(詳細:_____)
<input type="checkbox"/>	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	<input type="checkbox"/> 初発手術（遠隔転移なし） <input type="checkbox"/> Stage IV に対する salvage 手術 <input type="checkbox"/> 転移巣に対する生検 <input type="checkbox"/>
手術日	_____年_____月_____日

内容	手術 ・ 生検
手術目的	<input type="checkbox"/> 初発手術（遠隔転移なし） <input type="checkbox"/> Stage IV に対する salvage 手術 <input type="checkbox"/> 転移巣に対する生検 <input type="checkbox"/>
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	<input type="checkbox"/> 温存乳房 <input type="checkbox"/> 温存乳房＋領域リンパ節 <input type="checkbox"/> 胸壁＋領域リンパ節 <input type="checkbox"/> 再発部位（詳細：_____） <input type="checkbox"/> 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	アドリアマイシン+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	リュープロレリン	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	エリ布林
		CAP	カペシタビン
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	トラスツズマブ	CBDCA	カルボプラチン
Pmab	ペルツズマブ	CPT-11	イリノテカン
LAP	ラパチニブ		
T-DM1	トラスツズマブ エムタンシン		
T-DXd	トラスツズマブ デルクステカン		
Bmab	ベバシズマブ		
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(トルカプ):CAPI