|  |
| --- |
| **関西医科大学附属病院　がんゲノム検査用　診療情報提供書** |

西暦　　　　　　年　　　月　　　日

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **担当医****(下記患者に関する　　問い合わせ先、および、結果の返却先)** | 医療機関名 |  |
| 住所 | 〒 |
| 診療科名 |  |
| 医師名 |  |
| 電話 |  | FAX |  |

**※必要事項のご記入、および、□にレ点をお願いします。**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| フリガナ |  | 性別 | □ 男□ 女 |
| **患者氏名** |  |
| **生年月日** | 西暦　　　　　　年　　　　　月　　　　　日 | 年齢 | 歳 |
| **病理検体の有無****無の場合、検査をお受け****できません。** | □ 無／ □ 有 → 「検体情報チェックリスト」を一緒にご提出ください |
| **がん種** |  |
| **診断日・診断根拠** | 西暦　　　　年　　　月　　　日 | □ **組織診断陽性**（原発巣・転移巣）□ **細胞診陽性**　　，　□ **画像診断**□ **臨床診断(上記以外。)** |
| **喫煙歴** | □ 無 　□ 有（現在禁煙） □ 有（喫煙中）喫煙量 本×　　年 |
| **アルコール多飲****(=1日に平均純アルコールで****約60gを超える量)** | □ 無 　□ 有　　□ 不明 |
| **患 者 の P S****(ECOG Performance Status)** | □ ０　　□ １　　□その他（　　　　） |
| **重複がんの有無****(異なる臓器)****※複数認める場合は****それぞれの臓器名を記載** | □ 無　　□ 不明□ 有 （ 病理病期：　　　　　　 ）臓器名 |
| **多発がんの有無****(同一臓器)** | □ 無　　□ 不明□ 有 （ 病理病期：　　　　　　 ） |
| **家族歴****確認できる範囲で全ての****該当者について、がん種****及び診断時の年齢(歳代)****の記載をお願いします。****※10歳未満の場合は年齢を****記載、年齢不明の場合は****不明と記載。****※同一項目で複数名該当する****場合、特記事項欄(最終頁)****に記載** | □ 父( 癌 　　歳代)□ 同胞【　　】(　 　　 癌 　　歳代)□ 父方祖父( 　 　　 癌 　　歳代)□ 父方祖母( 　 　　 癌 　　歳代)□ 父方おじ( 　 　　 癌 　　歳代)□ 父方おば( 　 　　 癌 　　歳代)□ 甥姪　( 　 　　 癌 　　歳代)□ いとこ( 　 　　 癌 　　歳代)　　　　　  | □ 母( 癌 　　歳代)□ 子( 癌　 　歳代)□ 母方祖父( 　 　　 癌 　　歳代)□ 母方祖母( 　 　　 癌 　　歳代)□ 母方おじ( 　 　　 癌 　　歳代)□ 母方おば( 　 　　 癌 　　歳代)□ 孫　　( 　 　　 癌 　　歳代)不明の血縁者□ 　　 　　( 　 　　 癌 　　歳代) |
| **紹介時点での転移の有無****(有の場合は転移部位を記載)** | □ 無　　□ 不明□ 有 （ 部位：　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 ） |
| **コンパニオン****診断薬検査****パネル検査前に実施した****検査がある場合、全て記載****お願いします。** | 遺伝子名（結果） |
| **化学療法歴****(下記全て[有害事象は該当する場合のみ]記載を****お願いします)****・実施目的****・レジメン名****・使用した薬剤名****・投与期間：**(yyyy/mm/dd－yyyy/mm/dd)**・最良総合効果** ( CR / PR / SD / PD / NE )**・終了理由(下記より選択)****①計画通り****②無効中止****③副作用等で中止****④本人希望により中止****⑨その他の理由で中止****・有害事象[CTCA v5.0** **Grade 3以上のみ]を****認めた場合はその内容** | **1st line**（実施目的： 術前補助 ・ 術後補助 ・ 根治 ・ その他 ）**レジメン名:** **使用薬剤:** **投与期間：　　　　/　　　　/　　　　 ～ 　　　　/　　　　/　　　　 最良総合効果: 終了理由:** **有害事象(Grade3以上)：最悪Grade****血液毒性：****非血液毒性：** |
| **2nd line**（実施目的： 術前補助 ・ 術後補助 ・ 根治 ・ その他 ）**レジメン名:** **使用薬剤:** **投与期間：　　　　/　　　　/　　　　 ～ 　　　　/　　　　/　　　　 最良総合効果: 終了理由:** **有害事象(Grade3以上) ：最悪Grade****血液毒性：****非血液毒性：** |
| **3rd line**（実施目的： 術前補助 ・ 術後補助 ・ 根治 ・ その他 ）**レジメン名:** **使用薬剤:** **投与期間：　　　　/　　　　/　　　　 ～ 　　　　/　　　　/　　　　 最良総合効果: 終了理由:** **有害事象(Grade3以上) ：最悪Grade****血液毒性：****非血液毒性：** |
| **4th line**（実施目的： 術前補助 ・ 術後補助 ・ 根治 ・ その他 ）**レジメン名:** **使用薬剤:** **投与期間：　　　　/　　　　/　　　　 ～ 　　　　/　　　　/　　　　 最良総合効果: 終了理由:** **有害事象(Grade3以上) ：最悪Grade****血液毒性：****非血液毒性：** |
| **5th line**（実施目的： 術前補助 ・ 術後補助 ・ 根治 ・ その他 ）**レジメン名:** **使用薬剤:** **投与期間：　　　　/　　　　/　　　　 ～ 　　　　/　　　　/　　　　 最良総合効果: 終了理由:** **有害事象(Grade3以上) ：最悪Grade****血液毒性：****非血液毒性：** |
| **手術歴** | **手術日、術式、手術目的、その他** |
| **放射線治療歴** | **照射期間、部位、量、目的、その他**１：２： |
| **現在の治療内容、処方内容****(コピーでも可)** |  |
| **特記事項****各項目欄において、情報が****記載しきれない場合、****こちらに記載お願いします。** |  |

※6th line以上実施している場合は、本用紙をコピーの上記入お願い致します。

■**以下、該当するがん種の遺伝子検査情報の入力をお願いします。（入力必須）**

**紹介患者連絡票(がんゲノム検査用)**

**西暦　　　　　年　　　　月　　　　日**

関西医科大学 附属病院

　**科　　　　　　　　　　　　　先生**

紹介元医療機関の所在地・名称　　　　　　　　　　　　　　　電　話

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　ＦＡＸ

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　医師名

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| フリガナ | 旧姓 | 男女 | 生 年 月 日 |
| 患者氏名 |  | 明治・大正・昭和・平成・令和年　　月　　日生(　　歳) |
| 住所　〒　　　　　　　　　　　　　　電話番号 | 関西医大受診歴：有・無・不明※有の場合ID番号（　　　　　　　　　　　　　） |

当院では保険診療下でのがん遺伝子パネル検査を実施致します。

下記注意事項をご留意くださいますようお願いいたします。

 ※ 注意事項 ※

【１】下記①～⑤の要件を満たすことをご確認ください。

1. 標準治療が終了している、または、終了予定の方。
2. **（ECOG）PS [=Performance Status]**が0または１。
3. 紹介日から向こう半年以上の予後が見込まれる。
4. 検体採取してから３年以内の腫瘍検体がある。
5. 十分な量のパネル検査用の検体があり、未染色スライドを提出できる。

【２】がんゲノム情報管理センター(通称：**C-CAT**)に登録する際に、別紙『がんゲノム検査用診療

情報提供書』『がんゲノム検査用検体情報チェックリスト』の情報が必要となります。

⇒詳細な情報をご提供くださいますよう重ねてお願いいたします。

 **関西医科大学附属病院 地域医療連携部／受付時間**

**《受　付》平日　8時30分～20時　， 土曜日　8時30分～12時30分**

**《休診日》日曜、祝日、第2・4土曜日、年末年始 ( 12月29日～1月3日 )**

**■ご不明な点がございましたら、地域医療連携部までお問い合わせ下さい。**

**〔地域医療連携部〕 電話 072-804-2742　ＦＡＸ 072-804-2861**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 関西医科大学附属病院地域医療連携部　 担当者 欄（※記入しないでください）　 | 記入日時 | 記入者 |
|  |  |

**関西医科大学附属病院　がんゲノム検査用　検体情報チェックリスト**

**※病理部の先生が□にレ点、および、必要事項をご記入ください。**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| フリガナ**氏名** |  | 性別 | □ 男□ 女 |
|  |
| **生年月日** | 西暦　　　　年　　　　月　　　　日 | 年齢 | 歳 |
| **施設名** |  |
| **病理診断名(診断日)** |  | (診断日：　　　　　　　　) |
| **病理番号****(貴院のFFPEブロックに記載されている番号)** |  |
| **腫瘍細胞の割合** | %【※20%以上あること。肝組織の場合は40%以上。】 |
| **検体採取日** | 西暦　　　　　　年　　　　月　　　　日 |
| **検体の採取方法****(その他は生検・手術以外の場合に選択)** | □ 生検検体　 □ 手術検体　　□ その他（　　 　　　　　　） |
| **検体採取部位** | □ 原発巣　　 □ 転移巣　　 □ 不明 |
| **採取臓器** | □ 中枢神経系/脳　□ 頭頸部　　　　　□ 眼　　　　 □ 肺□ 胸膜　　　　　 □ 胸腺　　　　　　□ 甲状腺　　 □ 乳□ 食道 / 胃 　 □ 十二指腸乳頭部　□ 腸　　　　 □ 肝臓□ 胆道　　　　　 □ 膵臓　　　　　　□ 腎臓　　　 □ 副腎□ 膀胱 / 尿管　　□ 前立腺　　　　　□ 精巣　　　 □ 陰茎□ 子宮　　　　　 □ 子宮頚部　　　　□ 卵巣/卵管 □ 膣□ 皮膚 　　　　　 □ 骨 　　　　 □ 軟部組織 　□ 腹膜□ 骨髄系　　　　 □ リンパ系　　　　□ 末梢神経系□ その他(　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　) |
| **使用された固定液****(その他の場合、実施出来ない****可能性があります。)** | □ 10%中性緩衝ホルマリン□ その他 (　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 　　 ) |
| **固定液につかるまでの時間** | □30分以下　　　□30分を超える　　　　□不明 |
| **固定時間** | □＜6時間　　　　　□6-12時間　　　　□12-24時間□24-48時間　　　　□48-72時間　　　 □不明 |
| **特記事項** |  |

**※尚、検体は１ヶ月～２ヶ月お借りする場合がございます。何卒ご留意の程、宜しくお願い致します。**