

がん遺伝子パネル検査 患者情報用紙

(大阪南医療センター 他医療機関からの紹介用 登録～EP 前まで)

患者様が当院でのがんパネル検査を希望される場合、貴院での治療内容等を把握するために、下記内容のご記入をお願いいたします。大阪南医療センター主治医記載欄(色枠)以外の必須項目については必ず記入し、大阪南医療センター地域医療連携室までお送りください。

※必須項目に抜けがあると、検査や結果返却まで時間がかかる可能性が高くなります。

また、病理所見用紙も同時に送付をお願いいたします。

[大阪南医療センター主治医記載欄] ⇒当院にて記入いたします。

診療科： _____ 科 患者 ID： _____

主治医氏名： _____ 主治医 PHS： _____

【症例基本情報】

●患者氏名(必須)： (_____)

●性別(必須)： 男 女 未入力・不明

●生年月日(西暦)(必須)： (_____ 年 _____ 月 _____ 日)

●これまでのがん遺伝子パネル登録の有無(必須)： なし あり 不明

※「あり」の場合

〈過去の登録 ID〉 (_____)

〈症例関係区分〉 重複がん 前医からの転院フォロー 前医実施後再検査 その他

●小児がん等(必須)： 該当しない 該当する

●がん種区分(必須)： 下記の枠内から該当するものに○をしてください
その他の場合は()内にがん種を記入してください

・中枢神経系/脳 ・末梢神経系 ・頭頸部 ・眼 ・甲状腺 ・肺 ・胸膜
・胸腺 ・乳房 ・食道/胃 ・腸 ・ファーター乳頭部 ・腹膜 ・肝臓 ・胆道
・膵臓 ・副腎 ・腎臓 ・膀胱/尿路 ・卵巣/卵管 ・子宮 ・子宮頸部
・外陰部/膣 ・前立腺 ・精巣 ・陰茎 ・皮膚 ・軟部組織 ・骨 ・リンパ球系
・骨髄 ・その他 (_____)

※「肺・乳房・食道/胃・腸・肝臓・皮膚」を選択した場合は [検査情報] も記入してください

●移植歴(必須)： なし あり (_____)

※【あり】の場合、移植部位を英語で記入して下さい

●臨床病期(必須)： Stage0 Stage1 Stage2 Stage3 Stage4

※再発時の検体を提出する場合は「Stage4」と記入して下さい

●ICD-10 コード： (_____)

【検体情報】

- 検査区分(必須)： 保険 保険外併用療養（試験番号）
- 新規/再出検の識別(必須)： 新規 再出検（再出検前の検体識別番号）
- 検査種別(必須)： FoundationOne CDx（組織検体） FoundationOneLiquid CDx（血液検体）

※「FoundationOne CDx（組織検体）の場合」

- 検体種別(必須)： FFPE 新鮮凍結 その他（）
- 腫瘍細胞含有割合：（）%
- 検体採取日(腫瘍組織)(必須)：（年 月 日）
- 検体採取方法(必須)： 生検 手術 その他（） 不明
- 検体採取部位(必須)： 原発巣 転移巣 不明

※「原発巣・転移巣」の場合

- 具体的な採取部位(必須)： 下記の枠内から該当するものに○をしてください

その他の場合は()内に採取部位を記入してください

・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()							

【患者背景情報】

- 病理診断名(必須)：（）
- 診断日(必須)：（年 月 日）

※当該腫瘍の初回治療前に行われた検査のうち、がんと診断する根拠となった検査が行われた日

- 喫煙歴有無(必須)： なし あり(喫煙年数：年 本数：本/日) 不明 不明
- アルコール多飲の有無： なし あり 不明

※常習的に1日平均純アルコールで約60gを越え多量に飲酒する場合を多飲(酒)であるとする

- ECOG PS(必須)： 0 1 2 3 4 不明

●重複がん有無(異なる臓器)(**必須**): なし あり [活動性 非活動性 不明] 不明

※「あり」の場合

〈重複がんの部位〉(**必須**) 下記の枠内から該当するものに○をしてください
その他の場合は()内に重複がんの部位を記入してください

〈下記部位の組織診断名〉 ()

・中枢神経系/脳 ・末梢神経系 ・頭頸部 ・眼 ・甲状腺 ・肺 ・胸膜
・胸腺 ・乳房 ・食道/胃 ・腸 ・ファーター乳頭部 ・腹膜 ・肝臓 ・胆道
・膵臓 ・副腎 ・腎臓 ・膀胱/尿路 ・卵巣/卵管 ・子宮 ・子宮頸部
・外陰部/膣 ・前立腺 ・精巣 ・陰茎 ・皮膚 ・軟部組織 ・骨 ・リンパ球系
・骨髄 ・その他()

※上記以外の重複がんがあれば、下記の枠内にその部位と活動性および組織診断名を記入してください

●多発がん有無(同一臓器)(**必須**): なし あり (活動性 非活動性 不明) 不明

●家族歴有無(**必須**): なし あり 不明

※「あり」の場合

〈続柄〉下記の枠内から該当するものに○をしてください

・父 ・母 ・親(詳細不明) ・同胞 ・子 ・祖父母(父方) ・祖父母(母方) ・祖父母(詳細不明)
・おじ(父方) ・おじ(母方) ・おば(父方) ・おば(母方) ・甥姪 ・孫 ・いとこ ・不明の血縁者

〈がん種〉下記の枠内から該当するものに○をしてください

・中枢神経系 ・脳 ・眼 ・口腔 ・咽頭 ・喉頭 ・鼻/副鼻腔 ・唾液腺
・甲状腺 ・肺 ・胸膜 ・胸腺 ・乳 ・食道 ・胃 ・十二指腸乳頭部
・小腸 ・虫垂 ・大腸 ・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 ・皮下 ・骨 ・筋肉 ・軟部組織 ・腹膜 ・髄膜 ・骨髄系
・リンパ系 ・末梢神経系 ・原発不明 ・その他()

〈罹患年齢〉下記の枠内から該当するものに○をしてください

10歳未満・10歳台・20歳台・30歳台・40歳台・50歳台・60歳台・70歳台・80歳台・90歳以上・不明

※上記以外の家族歴があれば、下記にその続柄とがん種および罹患年齢を記入してください

【がん種情報】

●登録時転移の有無(必須)： なし あり 不明

※「あり」の場合

〈登録時転移の部位〉(必須) 下記の枠内から該当するものに○をしてください

その他の場合は()内に登録時転移の部位を記入してください

・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()							

【検査情報】

●1 ページ目のがん種区分で「肺」を選択した場合、下記の質問に答えてください(必須)

・EGFR： 陰性 陽性 判定不能 不明/未検査

・EGFR-検査方法： CobasV2 Therascreen その他 不明

※「陽性」の場合

・EGFR-type： G719 exon-19 欠失 S768I T790M exon-20 挿入
L858R L861Q その他 不明

・EGFR-TKI 耐性後 EGFR-T790M(非必須)： 陰性 陽性 判定不能 不明/未検査

・ALK 融合： 陰性 陽性 判定不能 不明/未検査

・ALK-検査方法： IHCのみ FISHのみ IHC+FISH RT-PCRのみ
RT-PCR+FISH その他 不明

・ROS1： 陰性 陽性 判定不能 不明/未検査

・BRAF(V600)： 陰性 陽性 判定不能 不明/未検査

・PD-L1(IHC)： 陰性 陽性 判定不能 不明/未検査

・PD-L1(IHC)-検査方法： Nivolumab/Dako28-8(BMS/小野) Pembrolizumab/Dako22C3(Merck)
その他 不明

※「陽性」の場合

・陽性率：() % ←検査結果に範囲がある場合「60-80」と記入(8文字まで)

・アスベスト暴露歴： なし あり 不明

●1 ページ目のがん種区分で「**乳房**」を選択した場合、下記の質問に教えてください(必須)

- ・ HER2(IHC) : 陰性 陰性(1+) 境界域(2+) 陽性(3+) 判定不能 不明/未検査
- ・ HER2(FISH) : 陰性 equivocal 陽性 判定不能 不明/未検査
- ・ ER : 陰性 陽性 判定不能 不明/未検査
- ・ PgR : 陰性 陽性 判定不能 不明/未検査
- ・ gBRCA1 : 陰性 陽性 判定不能 不明/未検査
- ・ gBRCA2 : 陰性 陽性 判定不能 不明/未検査

●1 ページ目のがん種区分で「**食道・胃・腸**」を選択した場合、下記の質問に教えてください(必須)

- ・ KRAS : 陰性 陽性 判定不能 不明/未検査
- ・ KRAS-検査方法 : PCR-rSSO 法 その他 不明
 - ※「陽性」の場合
 - ・ KRAS-type : codon 12 codon 13 codon 59 codon 61
 - codon 117 codon 146 不明
- ・ NRAS : 陰性 陽性 判定不能 不明/未検査
- ・ NRAS-検査方法 : PCR-rSSO 法 その他 不明
 - ※「陽性」の場合
 - ・ NRAS-type : codon 12 codon 13 codon 59 codon 61
 - codon 117 codon 146 不明
- ・ HER2 : 陰性 陰性(1+) 境界域(2+) 陽性(3+) 判定不能 不明/未検査
- ・ EGFR(IHC) : 陰性 陽性 判定不能 不明/未検査
- ・ BRAF(V600) : 陰性 陽性 判定不能 不明/未検査

●1 ページ目のがん種区分で「**肝**」を選択した場合、下記の質問に教えてください(必須)

- ・ HBsAg : 陰性 陽性 判定不能 不明/未検査
- ・ HBs 抗体 : 陰性 陽性 判定不能 不明/未検査
- ・ HBV-DNA(非必須) : () Log IU/mL
- ・ HCV 抗体 : 低(陰性) 中(境界) 高(陽性) 不明/未検査
- ・ HCV-RNA(非必須) : () Log IU/mL

●1 ページ目のがん種区分で「**皮膚**」を選択した場合、下記の質問に教えてください(必須)

- ・ BRAF(V600) : 陰性 陽性 判定不能 不明/未検査

【薬物療法(EP前)】※治療ライン毎にこちらのページをコピーして(1治療1ページ)記入してください

[レジメン情報]

- 薬物療法実施の有無(必須)： なし あり
- 治療方針(必須):企業治験 医師主導治験 先進医療 患者申出療養 保険診療 その他

※治験の場合は「企業治験・医師主導治験」を選択してください

※治療方針が「企業治験・医師主導治験」の場合

- 承認薬併用治験への該当(必須)： 該当しない 該当する

- 治療ライン(必須)： 1次治療 2次治療 3次治療 4次治療 5次治療以降 不明

- 実施目的(必須)： 術前補助療法 術後補助療法 根治 緩和 その他

- 実施施設(必須)： 大阪南医療センター 大阪南医療センター以外

※治療方針が「先進医療・患者申出療養・保険診療・その他」の場合

- レジメン名(必須)： ()

- 薬剤名1(必須)： ()

- 薬剤名2(必須)： ()

- 薬剤名3(必須)： ()

- レジメン内容変更情報： ()

- 投与開始日(必須)： ()年()月()日

※治療方針が「先進医療・患者申出療養・保険診療・その他」の場合

- 投与終了日(必須)： ()年()月()日 または 継続中

※「投与終了」の場合

- 終了理由(必須)： 計画通り終了 無効中止 副作用等で中止
本人希望により中止 その他理由で中止 不明

- 最良総合効果(必須)： CR PR SD PD NE

- Grade3以上の有害事象の有無(必須)： Grade3以上なし Grade3以上あり 不明

※Grade3以上の血液毒性は必須ではありません

※「Grade3以上あり」の場合

- 発現日(必須)： ()年()月()日

- CTCAEv5.0 名称日本語(必須)： ()

- CTCAEv5.0 最悪 Grade(必須)： 3 4 5 不明

※上記以外の Grade3 以上の有害事象があれば、下記に発現日と名称および最悪 Grade を記入してください

--

記載不備がある場合エキスパートパネル実施が困難（コスト請求不可）ですので、ご協力をお願いします。