

# 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りますと、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 主治医 PHS： \_\_\_\_\_

主治医氏名： \_\_\_\_\_

患者 ID： \_\_\_\_\_

## 【症例基本情報】

●患者氏名：( \_\_\_\_\_ ) ●性別 男 女

●生年月日(西暦)：( \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日)

●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

●これまでのがんパネル登録の有無 (必須)：なし あり 不明

※「あり」の場合過去の登録IDが分かれば記入してください→( \_\_\_\_\_ )

●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( )内にごがん種を記入してください。

・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    ・胆道    ・膵    ・腎    ・副腎  
・膀胱/尿管    ・前立腺    ・精巣    ・陰茎    ・子宮    ・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    ・末梢神経系  
・その他 ( \_\_\_\_\_ )

### 【検体情報】

- 検査区分(必須)：  保険  保険外併用療養
- 新規・再依頼：  新規  再依頼
- 検査種別(必須)：  FoundationOne CDx  FoundationOneLiquid CDx

- 移植歴はありますか。(必須)：

※「はい」の場合臓器名を()内に記入して下さい  いいえ  はい ( )

- 臨床病期(必須)： ※再発時検体は「Stage4」として下さい

Stage0  Stage1  Stage2  Stage3  Stage4

- ICD-10をC00~C97もしくはD00~D048から適切なものを下記に記入して下さい。(必須)： ※  
記載しない場合は「none」として下さい

ICD-10 番号 ( )

### 【FoundationOne CDx 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

・中枢神経系 ・脳 ・眼 ・口腔 ・咽頭 ・喉頭 ・鼻・副鼻腔 ・唾液  
・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( )

※原発巣・転移巣を選んだ際は具体的な採取部位を○してください。(必須)

### 【患者背景情報】

- 病理診断名(必須)： ( )

- 診断日(必須)： ( )年( )月( )日

※がんと診断する根拠となった検査が行われた日。

- 喫煙歴(必須)：  なし  あり (喫煙年数： \_\_\_\_\_ 年 X \_\_\_\_\_ 本/日)  不明

- アルコール多飲の有無：  なし  あり  不明

- ECOG PS(必須)：  0  1  2  3  4  不明

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

・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( )

※上記の重複がん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の有無を書いてください。

〈多発がん〉

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

〈家族歴〉

●家族歴の有無(**必須**)： なし あり(続柄を下記より選択) 不明

・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

※上記 家族歴「あり」の場合、上記続柄のがん種を下記より選び○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( )

※上記 「あり」の場合、続柄の方の罹患年齢を下記より選び、○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下記の枠内に書いてください



●1 ページ目でがん種区分を「**食道/胃**」もしくは「**腸**」と選んだ際、下記の質問に**全て**教えてください(必須)

- ・ KRAS の検査： 陰性 陽性 判定不能 不明/未検査
- ・ KRAS 検査で「陽性」であった際の KRAS-type： Codon 12 Codon 13 Codon 59  
Codon 61 Codon 117 Codon 146 不明
- ・ KRAS 検査をした際の、KRAS-検査方法： PCR-rSSO 法 その他 不明
- ・ NRAS の検査： 陰性 陽性 判定不能 不明/未検査
- ・ NRAS 検査で「陽性」であった際の NRAS-type：Codon 12 Codon 13 Codon 59  
Codon 61 Codon 117 Codon 146 不明
- ・ NRAS 検査をした際の、NRAS-検査方法： PCR-rSSO 法 その他 不明
- ・ HER2 の検査： 陰性 陰性(1+) 境界域(2+) 陽性(3+) 判定不能 不明/未検査
- ・ EGFR(IHC)の検査： 陰性 陽性 判定不能 不明/未検査
- ・ BRAF(V600)の検査： 陰性 陽性 判定不能 不明/未検査

●1 ページ目でがん種区分を「**肝**」と選んだ際、下記の質問に**全て**教えてください(必須)

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

●1 ページ目でがん種区分を「**皮膚**」と選んだ際、下記の質問に**全て**教えてください(必須)

- ・ BRAF(V600)の検査： 陰性 陽性 判定不能 不明 or 未検査

**【薬物療法(EP前)】※レジメン情報や有害事象が複数ある場合は、必要に応じてこちらのページをコピーして記載してください。(1治療につき1ページ使用です)**

〈レジメン情報〉

- 治療ライン：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 その他
- 実施施設(必須)：自施設(近畿大学病院) 他施設(近畿大学病院以外)
- レジメン名：( )
- 薬剤名(必須)：( )

※治験薬は「investigational Agent」と記載。

- 投与時点の薬剤承認状況(必須)：適応内 適応外 未承認(治験薬)
- レジメン内容変更情報：変更コメントがあれば記載  
( )
- 投与開始日(必須)：( )年( )月( )日
- 投与終了日(必須)：( )年( )月( )日

※薬剤投与継続中であれば右記にチェック：継続中

- 終了理由：計画通り終了 無効中止 副作用等で中止 本人希望で中止 その他で中止 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以上の有害事象の有無を「あり」とした際、その有害事象の発現日(必須)：  
( )年( )月( )日
- Grade3以上の有害事象の有無を「あり」とした際、CTCAEv5.0 名称英語を枠内に書いて下さい(必須)：  
( )
- Grade3以上の有害事象の有無を「あり」とした際、CTCAEv5.0 名称日本語を枠内に書いてください(必須)：  
( )
- Grade3以上の有害事象の有無を「あり」とした際、CTCAEv5.0 コードを書いてください(必須)：  
( )
- Grade3以上の有害事象の有無を「あり」とした際、CTCAEv5.0 最悪 Grade(必須)：  
3 4 5 不明

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。