

【がん遺伝子パネル検査・診療情報提供書】

がん遺伝子パネル検査を希望の際は、診療情報提供書とともに記載をお願いいたします。

※注意事項

- ☐ 検査データ添付をお願い致します。
- ☐ 病理検査所見レポートの添付をお願いいたします。
- ☐ 直近の CT、PET-CT 等画像添付をお願い致します。

●患者情報

患者氏名										
生年月日	西暦	年	月	日						
臨床診断名										
臨床病期分類	T	N	M	Stage:	(UICC)					
予測予後	ヶ月		半年以上			年程度				
	※遺伝子パネル検査の適応は、予測予後3ヶ月以上が必要です。									
ECOG PS	0	1	2	3	4					
移植歴	無	有								

●疾患情報

がん種区分	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 腸 肝 胆道 膵 腎 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 軟部組織 腹膜 骨髄系 リンパ節 末梢神経 その他 () ※ここで、肺・乳・食道/胃・腸・肝・皮膚を選択した場合○ページ目に記載事項があります。									
病理診断名										
診断日	西暦	年	月	日						
喫煙歴	無	有	→有の場合【喫煙年数: 年】【1日の本数: 本】							
飲酒歴	無	有	→有の場合【 】を【 位/日】							
がんの家族歴	無 有 →有の場合、生殖細胞系列変異が判明する場合があるため罹患年齢を含め、 詳細にご記載ください。 (例) 祖父(父方): 胃癌 60歳台 叔父(母方): 詳細不明									

●検査情報 全がん種

MSI	陰性	陽性	その他()	未検査
MMR	pMMR(正常)	dMMR(欠損)	その他()	未検査

がん種区分で**食道/胃**もしくは**腸**を選択した場合、記載

KRAS	陰性	陽性	判定不能	不明 or 未検査
KRAS-type	codon12 codon117	codon13 codon146	codon59 不明	codon61
KRAS-検査方法	PCR-rSSO 法	その他	不明	
NRAS	陰性	陽性	判定不能	不明 or 未検査
NRAS-type	codon12 codon117	codon13 codon146	codon59 不明	codon61
NRAS-検査方法	PCR-rSSO 法	その他	不明	
HER2 (IHC)	陰性 判定不能	陰性(1+)	境界域(2+)	陽性(3+)
HER2 (FISH)	陰性	equivocal	陽性	判定不能 不明 or 未検査
EGFR (IHC)	陰性(変異なし)	陽性(変異あり)	判定不能	不明 or 未検査
BRAF (V600E)	陰性(変異なし)	陽性(変異あり)	判定不能	不明 or 未検査

がん種区分で**皮膚**を選択した場合、記載

BRAF (V600E)	陰性	陽性	判定不能	不明 or 未検査
--------------	----	----	------	-----------

がん種区分で**肺**を選択した場合、記載

EGFR	陰性	陽性	判定不能	不明 or 未検査
EGFR-type	G719 L861Q	exon-19 欠失 その他()	S768I 不明	T790M exon-20 挿入 L858R
EGFR- 検査方法	CobasV2	Therascreen	その他	不明
EGFR-TKI 耐性後 EGFR-T790M	陰性	陽性	判定不能	判定不能 or 未検査
ALK 融合	陰性	陽性	判定不能	不明 or 未検査
ALK-検査方法	IHC のみ RT-PCT+FISH	FISH のみ その他	IHC+FISH 不明	RT-PCR のみ
ROS1	陰性	陽性	判定不能	不明 or 未検査
BRAF (V600)	陰性	陽性	判定不能	不明 or 未検査
PD-L1 (IHC)	陰性	陽性	判定不能	不明 or 未検査
PD-L1 (IHC) 検査方法	Nivolumab/Dako28-8(BMS/小野)	不明	その他()	Pembrolizumab/Dako22C3(Merck)
PD-L1 (IHC) 陽性時	陽性率	%		
アスベスト暴露歴	無	有	不明	

がん種区分で乳を選択した場合、記載

HER2 (IHC)	陰性 判定不能	陰性(1+)	境界域(2+) 不明 or 未検査	陽性(3+)
HER2 (FISH)	陰性	equivocal	陽性	判定不能 不明 or 未検査
ER	陰性	陽性	判定不能	不明 or 未検査
PgR	陰性	陽性	判定不能	不明 or 未検査
gBRCA1	陰性(変異なし)	陽性(変異あり)	判定不能	不明 or 未検査
gBRCA2	陰性(変異なし)	陽性(変異あり)	判定不能	不明 or 未検査

がん種区分で肝を選択した場合、記載

HBsAg	陰性	陽性	判定不能	不明 or 未検査
HBs 抗体	陰性	陽性	判定不能	不明 or 未検査
HBV-DNA	Log IU/mL			
HCV 抗体	低	中	高	不明 or 未検査
HCV-RNA	Log IU/mL			

●検体情報1 (検体がある場合のみ記載)

検体識別番号	
腫瘍含有率	【 %】 *可能な限り記載してください。
検体採取日	西暦 年 月 日
病理診断日	西暦 年 月 日
検体採取方法	生検 手術 その他 ()
検体採取部位	原発巣 転移巣 不明
部位	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 小腸 十二指腸乳頭部 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()

希望されるパネル検査がありましたら、以下へご記載ください。

検 査 名	
---	--

●検体情報2 (採血での検査を希望される際に記載してください。その場合、検体情報1は記載不要です。)

組織検体での検査が不適の理由について記載をお願いします。	
○組織検体の量的問題 (具体的な理由:)	
○組織検体の質的問題 (具体的な理由:)	
輸血歴: 直近4週間以内の輸血歴 ある (西暦 年 月 日) ・ ない	
最終化学療法実施日 西暦 年 月 日	

※採血での検査前4週以内での輸血歴がある場合は検査が行えません。

4

5 次治療	レジメン名	【 】					一般診療	治験
	実施施設	自施設		他施設				
	実施目的	根治	緩和	術前補助療法	術後補助療法	その他		
	期間	西暦	年	月	日～	年	月	日
	終了理由	1. 計画通り終了		2. 無効中止		3. 副作用等で中止		
	※必ず記載	4. 本人希望で中止		5. その他理由で中止		6. 不明		
	最良総合効果	CR	PR	SD	PD	NE	※必ず記載	
	Grade3 以上有害事象（非血液毒性）	無		有				
※有の場合、下記に内容と最悪 Grade、発現日を記載								
6 次治療	レジメン名	【 】					一般診療	治験
	実施施設	自施設		他施設				
	実施目的	根治	緩和	術前補助療法	術後補助療法	その他		
	期間	西暦	年	月	日～	年	月	日
	終了理由	1. 計画通り終了		2. 無効中止		3. 副作用等で中止		
	※必ず記載	4. 本人希望で中止		5. その他理由で中止		6. 不明		
	最良総合効果	CR	PR	SD	PD	NE	※必ず記載	
	Grade3 以上有害事象（非血液毒性）	無		有				
※有の場合、下記に内容と最悪 Grade、発現日を記載								

7 次治療以降はこちらにご記載ください。