

がん遺伝子パネル検査用 診療情報提供書

記載例

※印刷し手書きにてご記載いただいても結構です。

患者氏名 藤枝 太郎

生年月日 1954 年 4 月 1 日 年齢 70 歳

検体情報・患者背景情報	
① 病理診断名（英語表記で願います。）	Pancreatic Adenocarcinoma
② 診断日	(西暦) 2022 年 4 月 1 日
③ 組織検体採取日	(西暦) 2022 年 3 月 15 日
採取方法	<input checked="" type="checkbox"/> 手術 <input type="checkbox"/> 生検 <input type="checkbox"/> 細胞診 <input type="checkbox"/> その他 ()
採取部位	<input checked="" type="checkbox"/> 原発巣 <input type="checkbox"/> 転移巣 () <input type="checkbox"/> 不明
検体固定液	<input checked="" type="checkbox"/> 10%中性緩衝ホルマリン溶液 <input type="checkbox"/> その他 () <input type="checkbox"/> 不明
ホルマリン等固定時間	<input type="checkbox"/> 6時間未満 <input checked="" type="checkbox"/> 6-48時間 <input type="checkbox"/> 48-72時間 <input type="checkbox"/> 72時間以上 <input type="checkbox"/> 不明
保存方法	<input type="checkbox"/> 室温 <input checked="" type="checkbox"/> 冷蔵庫 <input type="checkbox"/> 不明
検体の脱灰	<input checked="" type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> EDTA脱灰 <input type="checkbox"/> その他 () <input type="checkbox"/> 不明
検体の状態	<input checked="" type="checkbox"/> ブロック (1 個) <input type="checkbox"/> 未染色スライド (枚)
HE染色標本	<input type="checkbox"/> 有 (枚) <input checked="" type="checkbox"/> 無
腫瘍含有割合 (推奨>30%)	(45 %)
④ 喫煙歴	<input type="checkbox"/> 有 (本/日を 年間) <input checked="" type="checkbox"/> 無
⑤ アルコール多飲	<input checked="" type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無
⑥ 小児がん (該当の有無)	<input type="checkbox"/> 有 <input checked="" type="checkbox"/> 無
⑦ 移植歴	<input type="checkbox"/> 有 <input checked="" type="checkbox"/> 無
⑧ 重複癌の有無 (多臓器原発の癌。あれば詳記願います。)	<input checked="" type="checkbox"/> 有 (小細胞肺癌) <input type="checkbox"/> 無
⑨ 多発癌の有無	<input type="checkbox"/> 有 () <input checked="" type="checkbox"/> 無
⑩ がんの家族歴 (記載例をご参照の上、出来るだけ詳記願います。)	母 膵頭部癌 70歳発症 兄 胃体部癌 65歳発症 母方伯父 上葉肺腺癌 50歳代発症
⑪ がんの転位部位	肝臓
これまでの治療内容 (治療した順にご記載下さい。足りない場合は欄をコピー&ペーストしてご記載下さい)	
投与薬剤名 (1st Line)	FOLFIRINOX療法
治療開始日	(西暦) 2022 年 4 月 25 日
治療終了日	(西暦) 2022 年 6 月 15 日
治療目的(いずれかより選択)	<input type="checkbox"/> 術前補助 <input checked="" type="checkbox"/> 術後補助 <input type="checkbox"/> 根治 <input type="checkbox"/> 緩和 <input type="checkbox"/> その他 ()
最良総合効果(いずれかより選択)	<input type="checkbox"/> CR <input type="checkbox"/> PR <input checked="" type="checkbox"/> SD <input type="checkbox"/> PD <input type="checkbox"/> NE (評価なし) <input type="checkbox"/> その他

病理標本は紹介前に必ずご確認願います。
(文末参照) 当院で検査目的の生検は行いません。

重複癌は他臓器の癌 (例: 膵臓がんと肺がん) 多発癌は同一臓器の癌 (例: 多発大腸がん) です。

重複癌有りの場合、一般的に治験適応から外れますので、ご了承の上、ご検討ください。

分かる範囲内で構いませんので、発症年齢をご記載ください。

Grade3以上の有害事象 (CTCAEに基づいた有害事象の名称・ 最悪Grade・発現日をご記載願います。)	間質性肺炎 Grade4 2022/6/3		投与薬剤名は可能な限り一般名でご記載ください。(難しい場合は通称レジメン名、商品名等でも結構です。) 治験の場合は、「治験」とご記載ください。
治療終了理由(いずれかより選択)	<input type="checkbox"/> 計画通り終了 <input type="checkbox"/> 無効中止 <input checked="" type="checkbox"/> 副作用で中止 <input type="checkbox"/> 本人希望 <input type="checkbox"/> その他の理由で中止 <input type="checkbox"/> 不明		
投与薬剤名 (2nd Line)	S-1療法		治療終了日は投与中止を判断した日をご記載ください。 補助療法等の場合は治療薬最終投与日をご記載ください。
治療開始日	(西暦) 2022 年 10 月 15 日		
治療終了日	(西暦) 2023 年 2 月 10 日		
治療目的(いずれかより選択)	<input checked="" type="checkbox"/> 術前補助 <input type="checkbox"/> 術後補助 <input type="checkbox"/> 根治 <input type="checkbox"/> 緩和 <input type="checkbox"/> その他 (
最良総合効果(いずれかより選択)	<input type="checkbox"/> CR <input checked="" type="checkbox"/> PR <input type="checkbox"/> SD <input type="checkbox"/> PD <input type="checkbox"/> NE (評価なし) <input type="checkbox"/> その他		
Grade3以上の有害事象 (CTCAEに基づいた有害事象の名称・ 最悪Grade・発現日をご記載願います。)	好中球減少 Grade4 2023/11/30		
治療終了理由(いずれかより選択)	<input checked="" type="checkbox"/> 計画通り終了 <input type="checkbox"/> 無効中止 <input type="checkbox"/> 副作用で中止 <input type="checkbox"/> 本人希望で中止 <input type="checkbox"/> その他の理由で中止 <input type="checkbox"/> 不明		
主治医のエキスパートパネルへの参加希望について (火曜日16時～)			
エキスパートパネルに必要な情報	<input checked="" type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ	日本人である。	
	<input type="checkbox"/> はい <input checked="" type="checkbox"/> いいえ	遺伝性腫瘍の診断がついており、治療やフォローが既に行われている。	
	<input checked="" type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ	ミスマッチ修復関連4遺伝子の免疫染色、マイクロサテライト不安定性検査、BRACAnalysis、myChoiceといった遺伝性腫瘍関連の検査結果がある (その他：他の検査手法、臨床研究での検出なども含む)	
	【検査名、結果、検査日等の詳細を記載してください】	BRACAnalysis 陰性 2022/5/10	
がん遺伝子パネル検査を実施した場合のエキスパートパネルへの参加希望の有無 ※希望「あり」の方には開催日が決定した時点で改めてご連絡します。	参加希望 <input checked="" type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	希望者 (<input type="radio"/> 〇〇科 駿河台 次郎 (医師)、 <input type="radio"/> 病理診断科 藤 枝子 (医師))	
		連絡先 (<input type="radio"/> 〇〇口総合病院 <input type="radio"/> 〇〇科)	
		メール (<input type="radio"/> 〇〇〇@fujieda.co.jp)	
		電話 (<input type="radio"/> 054-646-1111 (代表) <input type="radio"/> 内線7441)	

ご協力ありがとうございました。

当院での診察結果によっては検査適応とならない場合もございますので、その可能性について事前に患者様にお伝えいただけますと幸いです。

※ 検査提出用のFFPEスライドについて：標準材料が検体採取から3年以内であること、10%中性緩衝ホルマリン溶液に6-72時間固定した標本であること、腫瘍細胞を30%以上含有していることが推奨されております。検査提出には推奨に見合う標本で厚さ 4-5 μm、切片表面積 ≧ 25mm²以上の未染スライド 10枚及びHE染色スライド1枚が必要となります。
病理標本の状態や腫瘍量を貴院病理部にて事前にご確認をいただけますと幸いです。(推奨基準を満たさない場合にも、個別に相談をお受けさせていただきますので、ご遠慮なくお問い合わせください)

連絡先：

藤枝市立総合病院 静岡県藤枝市駿河台四丁目1番11号

※問い合わせ内容によって、部署をご指名ください。

TEL 054-646-1111 (代表) FAX 054-646-1380 (地域医療連携室)

運用について…がんゲノム医療センター事務局 内線7441

病理について…病理診断科

受診について…地域医療連携室