

依頼兼診療情報提供書（がん遺伝子パネル検査用）

西暦 年 月 日

所在地			
施設名			
診療科		医師名	
TEL		FAX	

■患者情報

患者ID(貴院)		生年月日	年 月 日
患者氏名		性別	<input type="radio"/> 男 <input type="radio"/> 女 <input type="radio"/> その他
住所		TEL	

ECOG PS	<input type="radio"/> 0 <input type="radio"/> 1 <input type="radio"/> 2 <input type="radio"/> 3以上	身長・体重	cm kg
喫煙歴*	<input type="radio"/> なし <input type="radio"/> 喫煙中 <input type="radio"/> 禁煙中	アルコール多飲*	<input type="radio"/> あり <input type="radio"/> なし <input type="radio"/> 不明
(目安量)	本/1日 年間	(目安量)	
手術歴		がんの既往歴	
移植歴	<input type="radio"/> なし <input type="radio"/> あり	他がんでの実施歴	<input type="radio"/> なし <input type="radio"/> あり

*喫煙歴の年数=総年数。

*多飲=純アルコール量が平均60g程度を越える場合。

■診断情報

診断名		ICD-10	
病理診断名		病期	p Stage
転移臓器		診断日	年 月 日
pTNM(UICC)		cTNM(UICC)	

■検体情報

検体採取日	年 月 日	* 原発巣と不連続に発生する病変でリンパ行性、血行性に発生したと思われるがん又は播種性のがんを転移であるとする。 * 診断日は「院内がん登録」の定義に準ずる。	
検体採取方法	<input type="radio"/> 生検 <input type="radio"/> 手術 <input type="radio"/> その他 <input type="radio"/> 不明		
検体採取部位	<input type="radio"/> 原発巣 <input type="radio"/> 転移巣 <input type="radio"/> 不明	具体的な部位	

■検体について特記事項（Foundation Oneの場合、英訳して出検時コメントにすることがあります）

--


■薬物療法情報①

1	レジメン又は薬剤名	
	最良効果判定	<input type="radio"/> CR <input type="radio"/> PR <input type="radio"/> SD <input type="radio"/> PD <input type="radio"/> NE
2	レジメン又は薬剤名	
	最良効果判定	<input type="radio"/> CR <input type="radio"/> PR <input type="radio"/> SD <input type="radio"/> PD <input type="radio"/> NE
3	レジメン又は薬剤名	
	最良効果判定	<input type="radio"/> CR <input type="radio"/> PR <input type="radio"/> SD <input type="radio"/> PD <input type="radio"/> NE
4	レジメン又は薬剤名	
	最良効果判定	<input type="radio"/> CR <input type="radio"/> PR <input type="radio"/> SD <input type="radio"/> PD <input type="radio"/> NE
5	レジメン又は薬剤名	
	最良効果判定	<input type="radio"/> CR <input type="radio"/> PR <input type="radio"/> SD <input type="radio"/> PD <input type="radio"/> NE
6 ～	(1～5th Line同様の情報をご記入ください。)	

■症状経過および治療経過 (通常の診療情報提供書の添付でも可。上記以外の内容。)

受診当日の留意事項	受診当日の移動 <input type="radio"/> 独歩 <input type="radio"/> 車イス <input type="radio"/> ストレッチャー
-----------	--

- * 本検査は、かかりつけ医療機関からお申し込みいただきます。
- * 患者さんからの直接のお申し込みは受けつけておりません。
- * 当センター外来受診時は、ご家族の同席をお願いします。



大阪急性期・総合医療センター
地域医療連携センター

TEL 06-6606-7014 (直通)
06-6692-1201 (代表)

■大阪急性期・総合医療センター 記入欄

受理日	年 月 日		
担当科/医師	科	医師	PHS
コーディネータ		コーディネータ	PHS
予約日時	年 月 日	時 分	