

依頼書（がん遺伝子パネル検査用）

*診療情報提供書に添付してください。

西暦 年 月 日

施設名			
診療科名		医師名	
TEL		FAX	

■検体情報

検体採取日	年 月 日		
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）

--

■患者情報

他がんでのがんパネル検査実施歴	<input type="radio"/> なし <input type="radio"/> あり		
移植歴	<input type="radio"/> なし <input type="radio"/> あり <input type="radio"/> 不明	がんの既往歴	
手術歴			
遺伝性疾患	*がん以外も含み、家族性が散発性は問わない。		
喫煙歴	<input type="radio"/> なし <input type="radio"/> あり <input type="radio"/> 不明	喫煙年数(総年数)	年間 本/1日
アルコール多飲	<input type="radio"/> なし <input type="radio"/> あり <input type="radio"/> 不明	*多飲：日常的に純アルコール量が平均60g程度を越える場合。	
現在のECOG PS	<input type="radio"/> 0 <input type="radio"/> 1 <input type="radio"/> 2 <input type="radio"/> 3 <input type="radio"/> 4 <input type="radio"/> 不明		

■診断情報

c TNM(UICC)	c T N M Stage	<input type="radio"/> 該当せず <input type="radio"/> 不明	
臨床診断名		ICD-10	
病理診断名			
転移臓器		診断日	年 月 日

p TNM(UICC)	p T N M Stage	<input type="radio"/> 該当せず <input type="radio"/> 不明	
病理診断名			
転移臓器		診断日	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(ご不明な場合は貴院がん登録担当者にお問い合わせください)。

依頼時転移	<input type="radio"/> あり <input type="radio"/> なし <input type="radio"/> 不明
部位(転移)	

■薬物療法情報

有害事象がある場合は、次ページへ記入してください。

1st	レジメ又は薬剤名				
	実施施設	<input type="radio"/> 自施設 <input type="radio"/> 他施設	保険適応	<input type="radio"/> 保険 <input type="radio"/> 治験 <input type="radio"/> 先進 <input type="radio"/> 患者申出 <input type="radio"/> その他	
	投与開始日	年 月 日	実施目的	<input type="radio"/> 根治 <input type="radio"/> 術前 <input type="radio"/> 術後 <input type="radio"/> 緩和 <input type="radio"/> その他	
	投与終了日	年 月 日	終了理由	<input type="radio"/> 計画 <input type="radio"/> 無効 <input type="radio"/> 副作用 <input type="radio"/> 患者希望 <input type="radio"/> その他	
	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	増悪確認日 (終了理由が"無効"の時)	月	日
	レジメ変更補足				
2nd	レジメ又は薬剤名				
	実施施設	<input type="radio"/> 自施設 <input type="radio"/> 他施設	保険適応	<input type="radio"/> 保険 <input type="radio"/> 治験 <input type="radio"/> 先進 <input type="radio"/> 患者申出 <input type="radio"/> その他	
	投与開始日	年 月 日	実施目的	<input type="radio"/> 根治 <input type="radio"/> 術前 <input type="radio"/> 術後 <input type="radio"/> 緩和 <input type="radio"/> その他	
	投与終了日	年 月 日	終了理由	<input type="radio"/> 計画 <input type="radio"/> 無効 <input type="radio"/> 副作用 <input type="radio"/> 患者希望 <input type="radio"/> その他	
	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	増悪確認日 (終了理由が"無効"の時)	月	日
	レジメ変更補足				
3rd	レジメ又は薬剤名				
	実施施設	<input type="radio"/> 自施設 <input type="radio"/> 他施設	保険適応	<input type="radio"/> 保険 <input type="radio"/> 治験 <input type="radio"/> 先進 <input type="radio"/> 患者申出 <input type="radio"/> その他	
	投与開始日	年 月 日	実施目的	<input type="radio"/> 根治 <input type="radio"/> 術前 <input type="radio"/> 術後 <input type="radio"/> 緩和 <input type="radio"/> その他	
	投与終了日	年 月 日	終了理由	<input type="radio"/> 計画 <input type="radio"/> 無効 <input type="radio"/> 副作用 <input type="radio"/> 患者希望 <input type="radio"/> その他	
	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	増悪確認日 (終了理由が"無効"の時)	月	日
	レジメ変更補足				
4th	レジメ又は薬剤名				
	実施施設	<input type="radio"/> 自施設 <input type="radio"/> 他施設	保険適応	<input type="radio"/> 保険 <input type="radio"/> 治験 <input type="radio"/> 先進 <input type="radio"/> 患者申出 <input type="radio"/> その他	
	投与開始日	年 月 日	実施目的	<input type="radio"/> 根治 <input type="radio"/> 術前 <input type="radio"/> 術後 <input type="radio"/> 緩和 <input type="radio"/> その他	
	投与終了日	年 月 日	終了理由	<input type="radio"/> 計画 <input type="radio"/> 無効 <input type="radio"/> 副作用 <input type="radio"/> 患者希望 <input type="radio"/> その他	
	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	増悪確認日 (終了理由が"無効"の時)	月	日
	レジメ変更補足				
5th	レジメ又は薬剤名				
	実施施設	<input type="radio"/> 自施設 <input type="radio"/> 他施設	保険適応	<input type="radio"/> 保険 <input type="radio"/> 治験 <input type="radio"/> 先進 <input type="radio"/> 患者申出 <input type="radio"/> その他	
	投与開始日	年 月 日	実施目的	<input type="radio"/> 根治 <input type="radio"/> 術前 <input type="radio"/> 術後 <input type="radio"/> 緩和 <input type="radio"/> その他	
	投与終了日	年 月 日	終了理由	<input type="radio"/> 計画 <input type="radio"/> 無効 <input type="radio"/> 副作用 <input type="radio"/> 患者希望 <input type="radio"/> その他	
	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	増悪確認日 (終了理由が"無効"の時)	月	日
	レジメ変更補足				

(6th Line以降ある場合はこちらの情報と同様にご記入ください。)

■薬物療法情報(有害事象)

薬物療法治療中に生じた有害事象について、CTCAEv5.0を基準に評価しGrade3以上を記入してください。

有害事象	治療ライン	副作用 (CTCAEv5.0)	発現日	最悪Grade

■他癌診断情報

多発がん(同一臓器)	○あり ○なし ○不明	活動性	○活動性 ○非活動性 ○不明	発症年齢	歳
重複がん(異なる臓器)	○あり ○なし ○不明	活動性	○活動性 ○非活動性 ○不明	発症年齢	歳
部位(重複)				発症年齢	歳
重複がん(異なる臓器)	○あり ○なし ○不明	活動性	○活動性 ○非活動性 ○不明	発症年齢	歳
部位(重複)				発症年齢	歳

■検査情報 **【必須】は部位を問わず記入してください。**

必須	NTRK1/2/3融合遺伝子	○陰性 ○陽性 ○判定不能 ○不明or未検査
	検査方法	○F1 CDx ○F1Liquid CDx ○その他 () ○不明
	マイクロサテライト不安定性	○陰性 ○陽性 ○判定不能 ○不明or未検査
	検査方法	○MSI検査キット ○Idylla MSI Test(=フレイバ [®] 伊) ○その他 () ○不明
	ミスマッチ修復機能	○pMMR(正常) ○dMMR(欠損) ○判定不能 ○不明or未検査
	検査方法	○ベンダナ2抗体 ○ベンダナ4抗体 ○その他 () ○不明
	腫瘍遺伝子変異量	○TMB-High(TMB スコアが10mut/Mb以上) ○その他 ○不明or未検査
	検査方法	○F1 CDx ○その他 () ○不明
	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) ○不明or未検査
	HCV抗体	○低 ○中 ○高 ○不明or未検査
HCV-RNA	○ (Log IU/mL) ○不明or未検査	

■検査情報

部位【肺/乳/食道/胃/腸/皮膚/唾液腺/甲状腺/胆道/膵臓/前立腺/卵巣・卵管】の場合はご記入ください。

肺	EGFR	○陰性 ○陽性 ○判定不能 ○不明or未検査
	EGFR-type	○G719 ○exon-19欠失 ○S768I ○T790M ○exon-20挿入 ○L858R ○L861Q ○その他 () ○不明
	検査方法	○CovasV2 ○Therascreen ○その他 () ○不明
	EGFR-TKI耐性後 EGFR-T790M	○陰性 ○陽性 ○判定不能 ○不明or未検査
	ALK融合	○陰性 ○陽性 ○判定不能 ○不明or未検査
	検査方法	○IHC ○FISH ○IHC+FISH ○RT-PCR ○RT-PCR+FISH ○その他 () ○不明
	ROS1	○陰性 ○陽性 ○判定不能 ○不明or未検査
	検査方法	○F1 CD ○AmoyDx肺癌マルチ遺伝子 ○OncoGuide AmoyDx ○その他 () ○不明
	BRAF (V600)	○陰性 ○陽性 ○判定不能 ○不明or未検査
	検査方法	○オンコマイン Dx Target ○xAmoyDx肺癌マルチ遺伝子 ○その他 () ○不明
	PD-L1 (IHC)	○陰性 ○陽性 (陽性率: %) ○判定不能 ○不明or未検査
	検査方法	○Nivolumab/Dako28-8(BMS/小野) ○Pembrolizumab/Dako22C3(Merck) ○SP142 ○その他 () ○不明
	MET遺伝子エクソン14 スキッピング変異	○陰性 ○陽性 ○判定不能 ○不明or未検査
	検査方法	○ArcherMETコンパニオン診断 ○AmoyDx肺癌マルチ遺伝子PCRパネル ○その他 () ○不明
	KRAS G12C遺伝子変異	○陰性 ○陽性 ○判定不能 ○不明or未検査
	検査方法	○therascreen ○その他 () ○不明
	RET融合遺伝子	○陰性 ○陽性 ○判定不能 ○不明or未検査
検査方法	○オンコマインDx Target Test マルチ CDx ○その他 () ○不明	
アスベスト暴露歴	○なし ○あり ○不明	
乳房	HER2 (IHC)	○陰性 ○陰性(1+) ○境界域(2+) ○陽性(3+) ○判定不能 ○不明or未検査
	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 ○陽性 ○判定不能 ○不明or未検査
	検査方法	○BRACAnalysis診断システム ○その他 () ○不明
	gBRCA2	○陰性 ○陽性 ○判定不能 ○不明or未検査
	検査方法	○BRACAnalysis診断システム ○その他 () ○不明
	PD-L1タンパク	○陰性 ○陽性 ○判定不能 ○不明or未検査
	検査方法	○PD-L1 IHC 22C3pharmDx ○オンコマイン OptiView ○その他 () ○不明
ERBB2コピー数異常	○陰性 ○equivocal ○陽性 ○判定不能 ○不明or未検査	
検査方法	○F1 CDx ○その他 () ○不明	

食道・胃・腸	KRAS	○陰性 ○陽性 ○判定不能 ○不明or未検査
	KRAS-type	○codon12 ○codon13 ○codon59 ○codon61 ○codon117 ○codon146 ○不明
	検査方法	○PCR-rSSO法 ○MEBGEN RASKET-B ○OncoBEAM RAS CRC ○その他 () ○不明
	NRAS	○陰性 ○陽性 ○判定不能 ○不明or未検査
	NRAS-type	○codon12 ○codon13 ○codon59 ○codon61 ○codon117 ○codon146 ○不明
	検査方法	○PCR-rSSO法 ○MEBGEN RASKET-B ○OncoBEAM RAS CRC ○その他 () ○不明
	HER2タンパク	○陰性 ○陰性(1+) ○境界域(2+) ○陽性(3+) ○判定不能 ○不明or未検査
	検査方法	○ペンタナ ultraView パスウェー HER2(4B5) ○その他 () ○不明
	HER2 遺伝子増幅度	○陰性 ○equivocal ○陽性 ○判定不能 ○不明or未検査
	検査方法	○パシジョンHER-2 DNAプロブキット ○その他 () ○不明
	EGFR (IHC)	○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
検査方法	○MEBGEN RASKET-Bキット ○otherascreen ○その他 () ○不明	

皮膚	BRAF	○陰性 ○陽性 ○判定不能 ○不明or未検査
	BRAF type	○V600E ○V600K ○判定不能 ○不明or未検査
	検査方法	○コバス ○F1CDx ○THxIDキット ○MEBGEN ○その他 ○不明

唾液腺	HER2 遺伝子増幅度	○陰性 ○equivocal ○陽性 ○判定不能 ○不明or未検査
	検査方法	○ベンタナ DISH HER2 キット ○その他 () ○不明
	HER2 タンパク	○陰性 ○陽性 ○判定不能 ○不明or未検査
	検査方法	○ベンタナ ultraViewパスウェー ○その他 () ○不明

甲状腺	RET融合遺伝子	○陰性 ○陽性 ○判定不能 ○不明or未検査
	検査方法	○オンコマインDxTargetTestマルチCDx ○その他 () ○不明
	RET遺伝子変異	○陰性 ○陽性 ○判定不能 ○不明or未検査
	検査方法	○オンコマインDxTargetTestマルチCDx ○その他 () ○不明

胆道	FGFR2融合遺伝子	○陰性 ○陽性 ○判定不能 ○不明or未検査
	検査方法	○F1CDx ○その他 () ○不明

膵臓	gBRCA1	○陰性 ○陽性 ○判定不能 ○不明or未検査
	検査方法	○BRACAnalysis診断システム ○その他 () ○不明
	gBRCA2	○陰性 ○陽性 ○判定不能 ○不明or未検査
	検査方法	○BRACAnalysis診断システム ○その他 () ○不明

前立腺	gBRCA1	○陰性 ○陽性 ○判定不能 ○不明or未検査
	検査方法	○BRACAnalysis診断システム ○その他 () ○不明
	gBRCA2	○陰性 ○陽性 ○判定不能 ○不明or未検査
	検査方法	○BRACAnalysis診断システム ○その他 () ○不明

卵 巢 ・ 卵 管	gBRCA1	○陰性 ○陽性 ○判定不能 ○不明or未検査
	検査方法	○BRACAnalysis診断システム ○その他 () ○不明
	gBRCA2	○陰性 ○陽性 ○判定不能 ○不明or未検査
	検査方法	○BRACAnalysis診断システム ○その他 () ○不明
	相同組み換え修復欠損	○陰性 ○陽性 ○判定不能 ○不明or未検査
	検査方法	○myChoice診断システム ○その他 () ○不明

受診当日の留意事項	受診当日の移動 ○ 独歩 ○ 車イス ○ 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<br>コーディネータ | 科     | 医師      | PHS |
|                   |       | コーディネータ | PHS |
| 予約日時              | 年 月 日 | 時 分     |     |