がん遺伝子パネル検査診療情報提供書（宮城県立がんセンター）

# 病院・診療科【　　　　　　　　　　　】　担当医【　　　　　　　　　　】

記入日　　　　　年　　　月　　　日

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **患者氏名** |  | **貴院カルテ番号** |  |
| **性別** | 男 　　　女　　　未入力・不明 | **生年月日** | 年　　　　月　　　日 |
| **住所** |  | **電話番号** | 【自宅】　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　【携帯】 |
|  |  |  |  |
| **既往歴** |  | | |
|  |  |  |  |
| **がん腫** |  | **HBsAg** | 0:陰性, 　1:陽性, 　8:判定不能, 　9:不明or未検査 |
| **HBs抗体** | 0:陰性, 　1:陽性, 　8:判定不能, 　9:不明or未検査 | **HBV-DNA** | 0:陰性, 　1:陽性, 　8:判定不能, 　9:不明or未検査 |
| **HCV抗体** | 0:低, 　1:中, 　2:高, 　9:不明or未検査 | **HCV-RNA** | 0:陰性, 　1:陽性, 　8:判定不能　, 9:不明or未検査 |
| **臓器移植歴** | 0:なし, 1:あり（臓器　　　　　）,　　　 9:不明 | **ゲノム解析時(ECOG)PS** | 0, 1, 2, 3, 4, 不明 |
| **喫煙歴**  **（年数）** | なし　　あり（年数　　　　　　　） | **1日の本数** |  |
| **アルコール多飲の有無** | 0:なし,　　　 1:あり　ありの場合【酒の種類　　　　　　】を一日【　　　　dl】程度 | | |
|  |  |  |  |
| **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　十二指腸乳頭部　腸　肝　胆道　膵　腎　副腎　膀胱/尿管　前立腺　精巣　陰茎　子宮　子宮頚部　卵巣/卵管　膣　皮膚　骨  軟部組織　腹膜　骨髄　リンパ節　末梢神経系　その他 | | |
| **病理診断名** |  | **診断日** | 年　　　　月　　　日 |
| **臨床病期**  **分類** | TNM分類【UICC  第8版】 | **転移の有無** | 0:なし,　　　 1:あり,　　　 9:不明 |
| **転移部位** | 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　　肝臓　　胆道　　膵臓　　腎臓　　腎盂　　副腎　　　膀胱　　尿管　　前立腺　　精巣　　陰茎　　子宮体部　　子宮頚部　　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（　　　　　） | | |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **重複がん有無（異なる臓器）** | 0:なし,　　　 1:あり,　　　 9:不明 | **重複がん部位** | （最大10件まで) |
| **重複がん部位（その他）** |  | **重複がん活動性** | 1:活動性, 　　2:非活動性, 　　9:不明 |
| **多発がん有無（同一臓器）** | 0:なし,　　　 1:あり,　　　 9:不明 | **多発がん活動性** | 1:活動性, 　　2:非活動性, 　　9:不明 |
|  |  |  |  |
| **家族歴有無** | 0:なし,　　　 1:あり,　　　 9:不明 | **家族歴がある場合は続柄と癌腫をご記載ください** | |
| （原発、組織型など具体的に）（例　　母方：叔母：子宮体癌類内膜癌） | | | |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **肺、乳房、食道、胃、大腸、皮膚以外のがん（P4に続きます）** | | | |
| **登録時転移の有無（共通）** | あり　　　　なし | **登録時転移の部位（共通）** |  |
|  |  |  |  |
| **肺が原発のがん** | | | |
| **登録時転移の有無** | あり　　　　なし | **登録時転移の部位** |  |
| **EGFR** | 0:陰性, 　1:陽性, 　8:判定不能, 　9:不明or未検査 | **EGFR-type** | 10:G719, 　20:exon-19欠失, 　30:S768I, 40:T790M, 　50:exon-20挿入, 　60:L858R, 　70:L861Q, 　98:その他, 　99:不明 |
| **EGFR-検査法** | 1:CobasV2, 　2:Therascreen, 　8:その他, 　9:不明or未検査 | **EGFR-TKI耐性後EGFR-T790M** | 0:陰性, 　1:陽性, 　8:判定不能, 　9:不明or未検査 |
| **ALK融合** | 0:陰性, 　1:陽性, 　8:判定不能, 　9:不明or未検査 | **ALK-検査方法** | 1:IHCのみ, 　2:FISHのみ, 　3:IHC+FISH, 　4:RT-PCRのみ, 　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　5:RT-PCT+FISH, 　8:その他, 　9:不明or未検査 |
| **ROS1** | 0:陰性, 　1:陽性, 　8:判定不能, 　9:不明or未検査 | **BRAF(V600)** | 0:陰性, 　1:陽性, 　8:判定不能, 　9:不明or未検査 |
| **PD-L1（IHC）** | 0:陰性, 　1:陽性, 　8:判定不能, 　9:不明or未検査 | **PD-L（IHC）-検査方法** | 1:Nivolumab/Dako28-8(BMS/小野), 　2:Pembrolizumab/Dako22C3(Merck), 8:その他, 　9:不明or未検査 |
| **PD-L1陽性** | （％） | **アスベスト曝露** | 0:なし, 　1:あり, 　9:不明 |
| **乳房が原発のがん** | | | |
| **登録時転移の有無** | あり　　　　なし | **登録時転移の部位** |  |
| **HER2(IHC)** | 0:陰性, 　1:陰性(1+), 　2:境界域(2+), 　3:陽性(3+), 　8:判定不能, 　　　　　　　　　　　　　　　　　　　9:不明or未検査 | **HER2(FISH)** | 0:陰性, 　2:equivocal, 1:陽性, 　8:判定不能, 　9:不明or未検査 |
| **ER** | 0:陰性, 　1:陽性, 　8:判定不能, 　9:不明or未検査 | **PgR** | 0:陰性, 　1:陽性, 　8:判定不能, 　9:不明or未検査 |
| **gBRCA1** | 0:陰性, 　1:陽性, 　8:判定不能, 　9:不明or未検査 | **gBRCA2** | 0:陰性, 　1:陽性, 　8:判定不能, 　9:不明or未検査 |

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **食道・胃・大腸が原発のがん** | | | | | | |
| **登録時転移の有無** | あり　　　　なし | | | **登録時転移の部位** | |  |
| **KRAS** | 0:陰性, 　1:陽性, 　8:判定不能, 　9:不明or未検査 | | | **KRAS-type** | | コドン 12,　コドン 13, コドン 59, 　コドン 61, コドン 117, コドン 146, 　99:不明 |
| **KRAS-検査法** | 1:PCR-rSSO法　, 8:その他, 　9:不明or未検査 | | | | | |
| **NRAS** | 0:陰性, 　1:陽性, 　8:判定不能, 　9:不明or未検査 | | | **NRAS-type** | | コドン 12,　コドン 13, コドン 59, 　コドン 61, コドン 117, コドン 146, 　99:不明 |
| **NRAS-検査法** | 1:PCR-rSSO法, 　8:その他, 　9:不明or未検査 | | | | | |
| **HER2** | 0:陰性, 　1:陰性(1+), 　2:境界域(2+), 　3:陽性(3+), 　8:判定不能, 　9:不明or未検査 | | | **EGFR(IHC)** | | 0:陰性, 　1:陽性, 　8:判定不能, 　9:不明or未検査 |
| **BRAF(V600)** | 0:陰性, 　1:陽性, 　8:判定不能, 　9:不明or未検査 | | | | | |
| **皮膚が原発のがん** | | | | | | | |
| **登録時転移の有無** | | あり　　　　なし | **登録時転移の部位** | |  | | |
| **BRAF(V600)** | | 0:陰性, 　1:陽性, 　8:判定不能, 　9:不明or未検査 | | | | | |

# 検査前の治療についてご記入ください（治療ラインごとに必要分コピーお願いします）

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **治療ライン** | １：一次治療, ２：二次治療、3: ３次治療, 4: ４次治療　, 5:　5次治療 , 不明 | | |
| **実施目的** | 3:術前補助療法, 　4:術後補助療法, 　1:根治, 　2:緩和, 　8:その他, 　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　9:不明 | **実施施設** | 1:自施設で施行, 　2:自施設で施行なし, 　9:施行の有無不明 |
| **レジメン名** |  | | |
| **薬剤名** |  | | |
| **投与時点での薬剤承認状況** | 1:適応内, 　2:適応外, 　3:未承認（治験薬） | | |
| **レジメン内容変更情報** |  | | |
| **投与開始日** |  | 投与終了日 |  |
| **継続中** | 1:継続中 | 終了事由 | 1:計画通り終了, 　2:無効中止, 　3:副作用等で中止, 4:本人希望により中止, 8:その他理由で中止, 　9:不明 |
| **最良総合**  **効果** | CR　PR　SD　PD　ＮＥ　不明　未入力 | | |

**重篤副作用についてご記入ください**

重篤な副作用は以下の2項目を満たすもののみをご記載ください

1. 非血液毒性
2. 薬物療法の投与スケジュールの変更や原料、中止など臨床経過に影響した重篤な有害事象

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Grade3以上有害事象の有無** | 0:Grade3以上なし, 1:Grade3以上あり | **発現日** | 年　　　月　　　日 |
| **CTCAEv5.0名称日本語** |  | | |
| **CTCAEv5.0最悪Grade** | 3:Grade-3, 4:Grade-4, 9:未入力・不明 | | |