

がんゲノム医療外来 予約申込書

書式 1_2024.5

申込年月日

年 月 日

兵庫県立がんセンター 地域連携室 宛

TEL 078 (929) 1155 (直通)

FAX 078 (926) 5410

紹介受け入れ可能な条件は、①原発不明がん、又は希少がん、又は標準治療が終了した固形がん ②全身状態が良好
③原則20歳以上であり、①～③すべての条件に当てはまらない場合は検査を受けることはできません。

以下ご記入の上、診療情報提供書、直近の画像読影レポート、採血結果（直近の時系列）、看護情報提供書、C-CAT
登録項目調査票を添えてFAX送信をお願いします。

ご紹介元医療機関名 等	
貴医療機関名	
住所	〒
診療科・医師	
ご担当様	
電話番号	
FAX番号	

ご紹介患者様情報 等							
フリガナ		性別	生年月日	<input type="checkbox"/> 明	<input type="checkbox"/> 大	<input type="checkbox"/> 昭	<input type="checkbox"/> 平
氏名		<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女		年 月 日 (歳)			
住所	〒						
自宅電話	— —	携帯電話	— —				
疾患名							
がんセンター 受診歴	<input type="checkbox"/> 有 (科) <input type="checkbox"/> 無						
主保険	被保険者氏名		<input type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> 家族	併用 保険	公費負担番号		
	保険者番号				公費受給者番号		
	記号・番号・枝番				公費負担割合	割	
	生活保護	<input type="checkbox"/> 受給している <input type="checkbox"/> 受給していない					
がん遺伝子 パネル検査歴	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり (検査名:)						

受診希望日	<input type="checkbox"/> 希望なし	<input type="checkbox"/> 都合の悪い日: 月 日
患者さん予約回答待ち状況	※入院中は検査を行うことができません。入院中の場合は、退院予定日を記載ください。 <input type="checkbox"/> 貴医療機関にて外来待機中 <input type="checkbox"/> 帰宅され、貴医療機関より連絡待ち	

検体情報チェックリスト

書式 2_2024.5

検体リスト

※お送りいただいた検体の個数/枚数をご記入ください。

標本ブロック _____ 個

HE染色 _____ 枚

免疫染色 _____ 枚

患者情報

※必要事項をご記入ください。

フリガナ

患者名 _____ 性別 _____ 年齢 _____ 歳

施設名 _____

検体情報

※該当する□にレ点、もしくは必要事項を記入してください。

検体種類 生検検体 手術検体 不明

採取日 _____ 年 _____ 月 _____ 日

採取臓器

- | | | | | |
|--|--------------------------------|-------------------------------|-------------------------------|--------------------------------|
| <input type="checkbox"/> 中枢神経 | <input type="checkbox"/> 脳 | <input type="checkbox"/> 眼 | <input type="checkbox"/> 口腔 | <input type="checkbox"/> 咽頭 |
| <input type="checkbox"/> 喉頭 | <input type="checkbox"/> 鼻・副鼻腔 | <input type="checkbox"/> 唾液腺 | <input type="checkbox"/> 甲状腺 | <input type="checkbox"/> 肺 |
| <input type="checkbox"/> 胸膜 | <input type="checkbox"/> 胸腺 | <input type="checkbox"/> 乳腺 | <input type="checkbox"/> 食道 | <input type="checkbox"/> 胃 |
| <input type="checkbox"/> 十二指腸乳頭部 | <input type="checkbox"/> 十二指腸 | <input type="checkbox"/> 小腸 | <input type="checkbox"/> 虫垂 | <input type="checkbox"/> 大腸 |
| <input type="checkbox"/> 肛門 | <input type="checkbox"/> 肝 | <input type="checkbox"/> 胆道 | <input type="checkbox"/> 膵 | <input type="checkbox"/> 腎 |
| <input type="checkbox"/> 腎盂 | <input type="checkbox"/> 副腎 | <input type="checkbox"/> 膀胱 | <input type="checkbox"/> 尿管 | <input type="checkbox"/> 前立腺 |
| <input type="checkbox"/> 精巣 | <input type="checkbox"/> 陰茎 | <input type="checkbox"/> 子宮体部 | <input type="checkbox"/> 子宮頸部 | <input type="checkbox"/> 卵巣/卵管 |
| <input type="checkbox"/> 膣 | <input type="checkbox"/> 皮膚 | <input type="checkbox"/> 骨 | <input type="checkbox"/> 筋肉 | <input type="checkbox"/> 軟部組織 |
| <input type="checkbox"/> 腹膜 | <input type="checkbox"/> 髄膜 | <input type="checkbox"/> 骨髄 | <input type="checkbox"/> リンパ節 | <input type="checkbox"/> 末梢神経 |
| <input type="checkbox"/> その他（詳細： _____ ） | | | | |

原発巣or転移巣

原発巣 転移巣

使用された固定液

10%中性緩衝ホルマリン その他（詳細： _____ ） 不明

<骨や骨周囲の検体の場合> 使用された脱灰液

脱灰せず 酸脱灰 EDTA脱灰
 その他（詳細： _____ ） 不明

固定液につかるまでの時間

30分以下 30分を超える 不明

固定時間

<6時間 6-12時間 12-24時間 24-48時間
 48時間< 不明

腫瘍細胞の割合： _____ %

ステージ： _____

※ご記入後は検体および病理診断書とともに、兵庫県立がんセンター地域連携室にご発送ください。

看護情報提供書

書式 3_2024.5

患者氏名	明・大・昭・平
様	男・女
	年 月 日生 (才)

記入者氏名	所属部署
	TEL
	FAX

以下の項目について、可能な範囲で記載いただきますようよろしくお願いいたします。

①最近の体調、症状、ADL、生活のご様子など	②病状・今後の治療方針についての患者・家族の認識
③がんゲノム医療外来に紹介になった経緯 がんゲノム医療に対する患者・家族の期待や認識	④患者・家族が療養生活で大切にしていること 今後の療養生活の希望
⑤家族背景・キーパーソンなど	⑥その他 伝えておきたいことなど

C-CAT登録項目調査票：基本情報

書式 4_2024.5

兵庫県立がんセンター 地域連携室 宛

TEL 078 (929) 1155 (直通)

FAX 078 (926) 5410

がん遺伝子パネル検査では、国が管理するがんゲノム情報管理センター（C-CAT）へ患者さまの臨床情報の報告が必要となっております。「基本情報」「遺伝子検査」「薬物療法」の各フォーマットにご記載の上、FAXにてお送りいただくようお願いいたします。

患者氏名 _____ 様 男 女 西暦 _____ 年 _____ 月 _____ 日生 _____ 歳

《基本情報》

紹介状に記載済	項目	内容
<input type="checkbox"/>	病理診断名	_____ ※病理診断書FAX で代用可
<input type="checkbox"/>	初回診断日（検体採取日）	_____ 年 _____ 月 _____ 日
<input type="checkbox"/>	喫煙歴	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり （1日あたり本数 _____ 本 × 喫煙年数 _____ 年）
<input type="checkbox"/>	アルコール多飲歴	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり ※アルコール多飲とは、ビール1500ml/日、日本酒3合/日、焼酎1合/日、ワイン5杯/日以上を指します。
<input type="checkbox"/>	(肺癌の場合) アスベスト曝露歴	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> 不明
<input type="checkbox"/>	重複がん	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり （部位： _____ ） <input type="checkbox"/> 不明 （活動性 <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり：無病期間が5年以内の場合）
<input type="checkbox"/>	多発がん	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり （活動性 <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり ） <input type="checkbox"/> 不明
<input type="checkbox"/>	現在の転移部位	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり ※ありの場合は下記から選択してください（複数可） <input type="checkbox"/> 脊髄 <input type="checkbox"/> 脳 <input type="checkbox"/> 眼 <input type="checkbox"/> 口腔 <input type="checkbox"/> 咽頭 <input type="checkbox"/> 喉頭 <input type="checkbox"/> 鼻・副鼻腔 <input type="checkbox"/> 唾液腺 <input type="checkbox"/> 甲状腺 <input type="checkbox"/> 肺 <input type="checkbox"/> 胸膜 <input type="checkbox"/> 胸腺 <input type="checkbox"/> 乳腺 <input type="checkbox"/> 食道 <input type="checkbox"/> 胃 <input type="checkbox"/> 十二指腸乳頭部 <input type="checkbox"/> 十二指腸 <input type="checkbox"/> 小腸 <input type="checkbox"/> 虫垂 <input type="checkbox"/> 大腸 <input type="checkbox"/> 肛門 <input type="checkbox"/> 肝 <input type="checkbox"/> 胆道 <input type="checkbox"/> 脾 <input type="checkbox"/> 腎 <input type="checkbox"/> 腎盂 <input type="checkbox"/> 副腎 <input type="checkbox"/> 膀胱 <input type="checkbox"/> 尿管 <input type="checkbox"/> 前立腺 <input type="checkbox"/> 精巣 <input type="checkbox"/> 陰茎 <input type="checkbox"/> 子宮体部 <input type="checkbox"/> 子宮頸部 <input type="checkbox"/> 卵巣/卵管 <input type="checkbox"/> 膣 <input type="checkbox"/> 皮膚 <input type="checkbox"/> 骨 <input type="checkbox"/> 筋肉 <input type="checkbox"/> 軟部組織 <input type="checkbox"/> 腹膜 <input type="checkbox"/> 髄膜 <input type="checkbox"/> 骨髄 <input type="checkbox"/> リンパ節 <input type="checkbox"/> 末梢神経 <input type="checkbox"/> 血液 <input type="checkbox"/> その他（ _____ ）

C-CAT登録項目調査票：遺伝子検査（一部がん種のみ）

書式 5_2024.5

兵庫県立がんセンター 地域連携室 宛

TEL 078 (929) 1155 (直通)

FAX 078 (926) 5410

本ページ「遺伝子検査」は、

肺がん・乳がん・食道がん・胃がん・大腸がん・小腸がん・肝がん・皮膚がん

に該当する方のみ、該当項目にご記載の上、FAXにてお送りいただくようお願いいたします。

患者氏名 _____ 様 男 女 西暦 _____ 年 _____ 月 _____ 日生 _____ 歳

《遺伝子検査》

紹介状に記載済	項目	内容
●肺がん症例の場合		
<input type="checkbox"/>	EGFR	<input type="checkbox"/> 陰性 <input type="checkbox"/> 陽性 <input type="checkbox"/> 判定不能 <input type="checkbox"/> 未検査
<input type="checkbox"/>	EGFR-type	※陽性の場合は、詳細な結果をFAXください。
<input type="checkbox"/>	EGFR-検査方法	<input type="checkbox"/> CobasV2 <input type="checkbox"/> Therascreen <input type="checkbox"/> その他 ()
<input type="checkbox"/>	EGFR-TKI耐性後EBFR-T790M	<input type="checkbox"/> 陰性 <input type="checkbox"/> 陽性 <input type="checkbox"/> 判定不能 <input type="checkbox"/> 未検査
<input type="checkbox"/>	ALK融合	<input type="checkbox"/> 陰性 <input type="checkbox"/> 陽性 <input type="checkbox"/> 判定不能 <input type="checkbox"/> 未検査
<input type="checkbox"/>	ALK-検査方法	<input type="checkbox"/> IHCのみ <input type="checkbox"/> FISHのみ <input type="checkbox"/> IHC+FISH <input type="checkbox"/> RT-PCRのみ <input type="checkbox"/> RT-PCR+FISH <input type="checkbox"/> その他 ()
<input type="checkbox"/>	ROS1	<input type="checkbox"/> 陰性 <input type="checkbox"/> 陽性 <input type="checkbox"/> 判定不能 <input type="checkbox"/> 未検査
<input type="checkbox"/>	BRAF(V600E)	<input type="checkbox"/> 陰性 <input type="checkbox"/> 陽性 <input type="checkbox"/> 判定不能 <input type="checkbox"/> 未検査
<input type="checkbox"/>	PD-L1(IHC)	<input type="checkbox"/> 陰性 <input type="checkbox"/> 陽性 <input type="checkbox"/> 判定不能 <input type="checkbox"/> 未検査 →陽性率 _____ %
<input type="checkbox"/>	PD-L1(IHC)-検査方法	<input type="checkbox"/> Nivolumab/Dako28-8(BMS/小野) <input type="checkbox"/> Pembrolizumab/Dako22C3(Merck) <input type="checkbox"/> その他 ()
●乳がん症例の場合		
<input type="checkbox"/>	HER2(IHC)	<input type="checkbox"/> 陰性 <input type="checkbox"/> 陰性(1+) <input type="checkbox"/> 境界域(2+) <input type="checkbox"/> 陽性(3+) <input type="checkbox"/> 判定不能 <input type="checkbox"/> 未検査
<input type="checkbox"/>	HER2(IHC) (FISH)	<input type="checkbox"/> 陰性 <input type="checkbox"/> equivocal <input type="checkbox"/> 陽性 <input type="checkbox"/> 判定不能 <input type="checkbox"/> 未検査
<input type="checkbox"/>	ER	<input type="checkbox"/> 陰性 <input type="checkbox"/> 陽性 <input type="checkbox"/> 判定不能 <input type="checkbox"/> 未検査
<input type="checkbox"/>	PgR	<input type="checkbox"/> 陰性 <input type="checkbox"/> 陽性 <input type="checkbox"/> 判定不能 <input type="checkbox"/> 未検査
<input type="checkbox"/>	gBRCA1	<input type="checkbox"/> 陰性 <input type="checkbox"/> 陽性 <input type="checkbox"/> 判定不能 <input type="checkbox"/> 未検査
<input type="checkbox"/>	gBRCA2	<input type="checkbox"/> 陰性 <input type="checkbox"/> 陽性 <input type="checkbox"/> 判定不能 <input type="checkbox"/> 未検査
●食道がん、胃がん、小腸がん、大腸がん症例の場合		
<input type="checkbox"/>	KRAS	<input type="checkbox"/> 陰性 <input type="checkbox"/> 陽性 <input type="checkbox"/> 判定不能 <input type="checkbox"/> 未検査
<input type="checkbox"/>	KRAS-type	※陽性の場合は、詳細な結果をFAXください。
<input type="checkbox"/>	KRAS-検査方法	<input type="checkbox"/> PCR-rSSO法 <input type="checkbox"/> その他 ()
<input type="checkbox"/>	NRAS	<input type="checkbox"/> 陰性 <input type="checkbox"/> 陽性 <input type="checkbox"/> 判定不能 <input type="checkbox"/> 未検査
<input type="checkbox"/>	NRAS-type	※陽性の場合は、詳細な結果をFAXください。
<input type="checkbox"/>	NRAS-検査方法	<input type="checkbox"/> PCR-rSSO法 <input type="checkbox"/> その他 ()
<input type="checkbox"/>	HER2	<input type="checkbox"/> 陰性 <input type="checkbox"/> 陰性(1+) <input type="checkbox"/> 境界域(2+) <input type="checkbox"/> 陽性(3+) <input type="checkbox"/> 判定不能 <input type="checkbox"/> 未検査
<input type="checkbox"/>	EGFR(IHC)	<input type="checkbox"/> 陰性 <input type="checkbox"/> 陽性 <input type="checkbox"/> 判定不能 <input type="checkbox"/> 未検査
<input type="checkbox"/>	BRAF(V600)	<input type="checkbox"/> 陰性 <input type="checkbox"/> 陽性 <input type="checkbox"/> 判定不能 <input type="checkbox"/> 未検査
●肝がん症例の場合		
<input type="checkbox"/>	HBsAg	<input type="checkbox"/> 陰性 <input type="checkbox"/> 陽性 <input type="checkbox"/> 判定不能 <input type="checkbox"/> 未検査
<input type="checkbox"/>	HBs抗体	<input type="checkbox"/> 陰性 <input type="checkbox"/> 陽性 <input type="checkbox"/> 判定不能 <input type="checkbox"/> 未検査 HBV-DNA LogIU/mL
<input type="checkbox"/>	HCV抗体	<input type="checkbox"/> 低 <input type="checkbox"/> 中 <input type="checkbox"/> 高 <input type="checkbox"/> 未検査 HCV-RNA LogIU/mL
●皮膚がん症例の場合		
<input type="checkbox"/>	BRAF (V600)	<input type="checkbox"/> 陰性 <input type="checkbox"/> 陽性 <input type="checkbox"/> 判定不能 <input type="checkbox"/> 未検査

C-CAT登録項目調査票：薬物療法

書式 6_2024.5

兵庫県立がんセンター 地域連携室 宛

TEL 078 (929) 1155 (直通)

FAX 078 (926) 5410

1枚あたり3ラインの項目まで記載いただけるようになっています。

4ライン以降はお手数ですが、本フォーマットをコピーしていただき、ご記載いただけますようお願いいたします。

患者氏名 _____ 様 男 女 西暦 _____ 年 _____ 月 _____ 日生 _____ 歳

《薬物療法》

紹介状に 記載済	項目	内容
●ライン：【 】次治療		
<input type="checkbox"/>	治療方針	<input type="checkbox"/> 保険診療 <input type="checkbox"/> 企業治験 <input type="checkbox"/> 医師主導治験 <input type="checkbox"/> 先進医療 <input type="checkbox"/> 患者申出療養 <input type="checkbox"/> その他 ※企業治験/医師主導治験の場合には、実施目的、レジメン名、投与開始日のみご記入ください。
<input type="checkbox"/>	実施目的	<input type="checkbox"/> 術前補助療法 <input type="checkbox"/> 術後補助療法 <input type="checkbox"/> 根治 <input type="checkbox"/> 緩和 <input type="checkbox"/> その他
<input type="checkbox"/>	レジメン名	
<input type="checkbox"/>	投与開始日	_____ 年 _____ 月 _____ 日
<input type="checkbox"/>	投与終了日	_____ 年 _____ 月 _____ 日 もしくは <input type="checkbox"/> 継続中
<input type="checkbox"/>	終了理由	<input type="checkbox"/> 計画通り終了 <input type="checkbox"/> 無効中止 <input type="checkbox"/> 副作用等で中止 <input type="checkbox"/> 本人希望 <input type="checkbox"/> その他理由
<input type="checkbox"/>	最良総合効果	<input type="checkbox"/> CR <input type="checkbox"/> PR <input type="checkbox"/> SD <input type="checkbox"/> PD <input type="checkbox"/> NE
<input type="checkbox"/>	Grade3以上の有害事象 (非血液毒性のみ)	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> 不明 → 事象名： _____ 発現日： _____ 最悪Grade： _____
●ライン：【 】次治療		
<input type="checkbox"/>	治療方針	<input type="checkbox"/> 保険診療 <input type="checkbox"/> 企業治験 <input type="checkbox"/> 医師主導治験 <input type="checkbox"/> 先進医療 <input type="checkbox"/> 患者申出療養 <input type="checkbox"/> その他 ※企業治験/医師主導治験の場合には、実施目的、レジメン名、投与開始日のみご記入ください。
<input type="checkbox"/>	実施目的	<input type="checkbox"/> 術前補助療法 <input type="checkbox"/> 術後補助療法 <input type="checkbox"/> 根治 <input type="checkbox"/> 緩和 <input type="checkbox"/> その他
<input type="checkbox"/>	レジメン名	
<input type="checkbox"/>	投与開始日	_____ 年 _____ 月 _____ 日
<input type="checkbox"/>	投与終了日	_____ 年 _____ 月 _____ 日 もしくは <input type="checkbox"/> 継続中
<input type="checkbox"/>	終了理由	<input type="checkbox"/> 計画通り終了 <input type="checkbox"/> 無効中止 <input type="checkbox"/> 副作用等で中止 <input type="checkbox"/> 本人希望 <input type="checkbox"/> その他理由
<input type="checkbox"/>	最良総合効果	<input type="checkbox"/> CR <input type="checkbox"/> PR <input type="checkbox"/> SD <input type="checkbox"/> PD <input type="checkbox"/> NE
<input type="checkbox"/>	Grade3以上の有害事象 (非血液毒性のみ)	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> 不明 → 事象名： _____ 発現日： _____ 最悪Grade： _____
●ライン：【 】次治療		
<input type="checkbox"/>	治療方針	<input type="checkbox"/> 保険診療 <input type="checkbox"/> 企業治験 <input type="checkbox"/> 医師主導治験 <input type="checkbox"/> 先進医療 <input type="checkbox"/> 患者申出療養 <input type="checkbox"/> その他 ※企業治験/医師主導治験の場合には、実施目的、レジメン名、投与開始日のみご記入ください。
<input type="checkbox"/>	実施目的	<input type="checkbox"/> 術前補助療法 <input type="checkbox"/> 術後補助療法 <input type="checkbox"/> 根治 <input type="checkbox"/> 緩和 <input type="checkbox"/> その他
<input type="checkbox"/>	レジメン名	
<input type="checkbox"/>	投与開始日	_____ 年 _____ 月 _____ 日
<input type="checkbox"/>	投与終了日	_____ 年 _____ 月 _____ 日 もしくは <input type="checkbox"/> 継続中
<input type="checkbox"/>	終了理由	<input type="checkbox"/> 計画通り終了 <input type="checkbox"/> 無効中止 <input type="checkbox"/> 副作用等で中止 <input type="checkbox"/> 本人希望 <input type="checkbox"/> その他理由
<input type="checkbox"/>	最良総合効果	<input type="checkbox"/> CR <input type="checkbox"/> PR <input type="checkbox"/> SD <input type="checkbox"/> PD <input type="checkbox"/> NE
<input type="checkbox"/>	Grade3以上の有害事象 (非血液毒性のみ)	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> 不明 → 事象名： _____ 発現日： _____ 最悪Grade： _____