

②-a がんゲノム医療外来（保険）広島大学病院主治医 申込みマニュアル

保険適用についてがんゲノム医療担当責任医に確認をおねがいします

患者さんに「③-aがんゲノム医療外来（保険）受診セット(③-1-a, ③-2, ③-3)^{注1}」を渡して遺伝子診療科受診までに記入を依頼してください



注1：③-1-a, ③-2, ③-3は電カル内：
ナビゲーションマップ→カルテ記載→文書作成→(共通内)科別→56.遺伝子診療科→1.1, 1.2, 1.3

1) 「がんゲノム医療外来（保険）申込書^{注2}」（電カルのテンプレート）

→電カルに展開して保存

1. 保険適用チェックリスト
2. 検体情報

2) 遺伝子診療科へのコンサルテーション（日未定）で保存

→遺伝子診療科に電話（内線5965）→日程調整



注2：「がんゲノム医療外来（保険）申込書」
電カル内：ナビゲーションマップ→カルテ記載→（コンテンツ内）テンプレート
→（科別内）遺伝子診療科

予約申込の受付完了

受診日：検査説明・C-CATへの情報提供などの同意取得（各診療科外来にて）
「がん遺伝子パネル検査に関する説明文書、同意書^{注3}」（電カルから印刷）



注3：「がん遺伝子パネル検査に関する説明文書、同意書」
電カル内：ナビゲーションマップ→カルテ記載→文書作成→(共通内)01.説明・同意書
→56.遺伝子診療科→がん遺伝子パネル検査に関する説明文書、同意書

同日または後日：二次的所見の説明・同意取得（遺伝子診療科にて）



がんゲノムワークフロー入力^{注4}



注4 電カル内：ナビゲーションマップ→部門・業務→（遺伝子診療科内）がんゲノムワークフロー

検体準備・出検（遺伝子診療科）

受診日から1週間以内に：

「⑥エキパネ用スライド作成の手引き」を参考にPowerpointを作成^{注5}

注5主治医メールアドレスにhucgc2019@hiroshima-u.ac.jpから連絡

検査結果返却後にエキスパートパネル日程調整→プレゼンをお願いします

【連絡先】 広島大学病院遺伝子診療科 がんゲノム医療外来
〒734-8551 広島市南区霞1-2-3
TEL：082-257-5965, FAX：082-257-1762, e-mail：hucgc2019@hiroshima-u.ac.jp
広大病院がんゲノム医療拠点病院 URL: <https://www.hiroshima-u.ac.jp/hosp/gangenome>

C-CAT記入方法

電カル内

ナビゲーションマップ → カルテ記載 → (コンテンツ内) Excelチャート → 新規作成 → 56.遺伝子診療科
→ がん遺伝子パネル検査C-CAT入力用 → **一時保存して終了**

1章 同意取得～検体発送	
【(1) 症例基本情報】	
4-5	検体種別 *
4-6	腫瘍細胞含有割合 (③桁まで入力可能、小数点以下入力不可)
4-7	検体採取日 (腫瘍組織) *
4-8	検体採取方法 *
4-9	検体採取方法詳細
4-10	検体採取部位 *
4-11	具体的な採取部位 * [4-10] "1または2" の場合、選択して下さい
	具体的な採取部位 (英語表記)
4-12	具体的な採取部位 (その他)
4-13	検体採取日 (非腫瘍組織)
4-14	解析不良の有無0
4-15	解析不良の理由
0-1	移植歴 *

1章、2章を検体発送までに入力

EP後に入力

グレーは入力不要です

白項目は主治医入力必須項目です

薄黄色はプルダウンで選択して下さい

クリックすると複数のリストが表示されダブルクリックで選択できます

右上の赤三角は注釈です

がんゲノム医療外来申込書提出前に1章、2章の入力をお願いします
データが揃ってない場合のC-CATへの登録ができず検査が開始できません

③-1-a

がんゲノム医療外来（保険；腫瘍検体）についてのご案内
対象：広島大学病院に通院中の患者さん

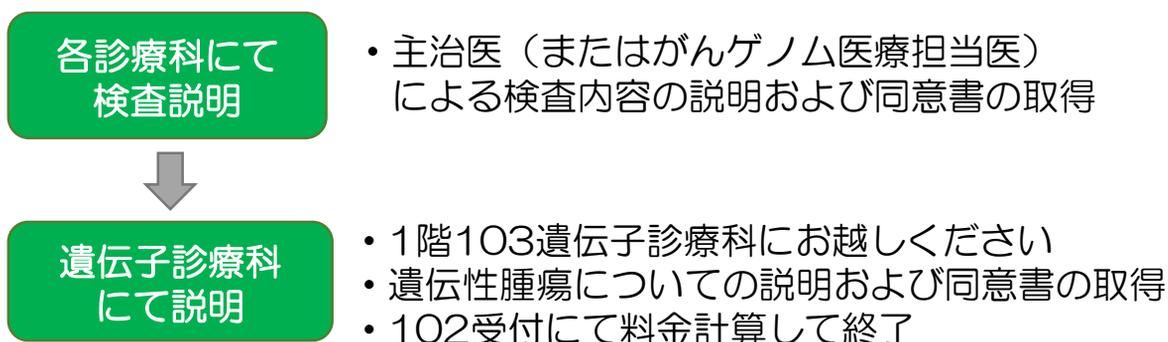
※診察後、保険適用で検査ができないと判断される場合もあります
ご希望された場合、自費での検査も可能です。

➤ 受診日にご持参いただくもの

- 診察券・保険証・限度額適用認定証など
- ③-2 がんゲノム医療外来 問診票*
- ③-3 ご家族の病歴記入用紙（記入例あり）*

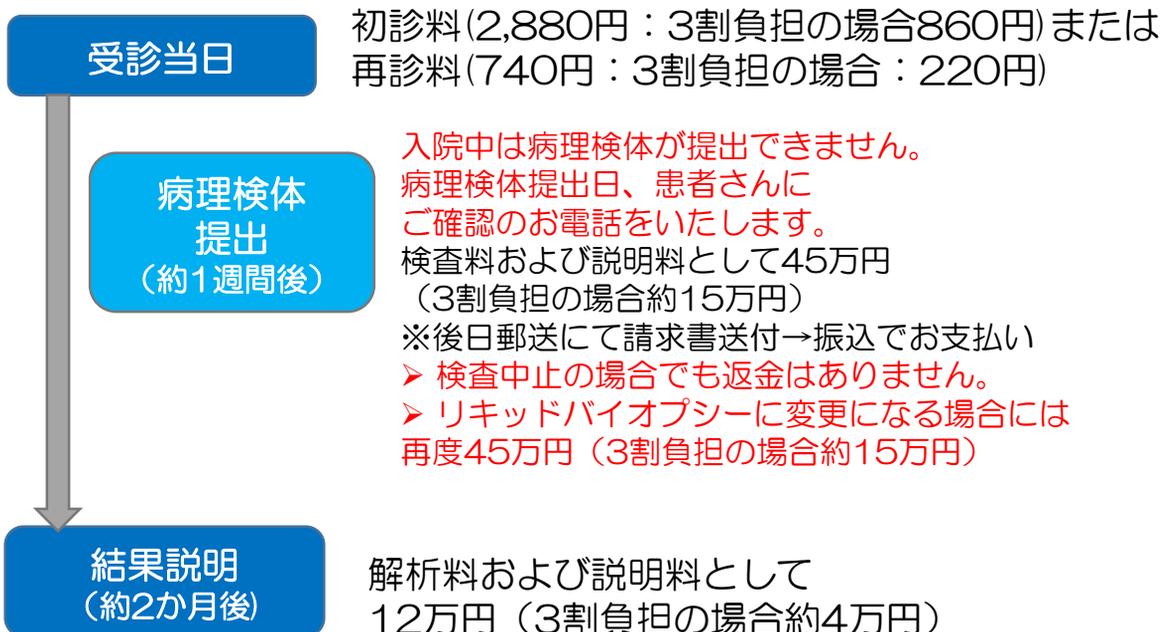
*受診日までにご記入いただき、当日ご持参ください。

➤ 受診当日の流れ



➤ がんゲノム医療外来の費用について（保険診療の場合）

※高額療養費の適用の場合、自己負担限度額が変わります



③-1-a

がんゲノム医療外来（保険；リキッドバイオプシー）
についてのご案内

対象：広島大学病院に通院中の患者さん

※診察後、保険適用で検査ができないと判断される場合もあります
ご希望された場合、自費での検査も可能です。

➤ 受診日にご持参いただくもの

- 診察券・保険証・限度額適用認定証など
- ③-2 がんゲノム医療外来 問診票*
- ③-3 ご家族の病歴記入用紙（記入例あり）*

*受診日までにご記入いただき、当日ご持参ください。

➤ 受診当日の流れ

各診療科にて
検査説明

- ・主治医（またはがんゲノム医療担当医）
による検査内容の説明および同意書の取得

遺伝子診療科
にて説明

- ・1階103遺伝子診療科にお越しください
- ・遺伝性腫瘍についての説明および同意書の取得
- ・102受付にて料金計算して終了

➤ がんゲノム医療外来の費用について（保険診療の場合）

※高額療養費の適用の場合、自己負担限度額が変わります

受診当日

初診料(2,880円：3割負担の場合860円)または
再診料(740円：3割負担の場合：220円)

採血当日
(受診と同日の
場合あり)

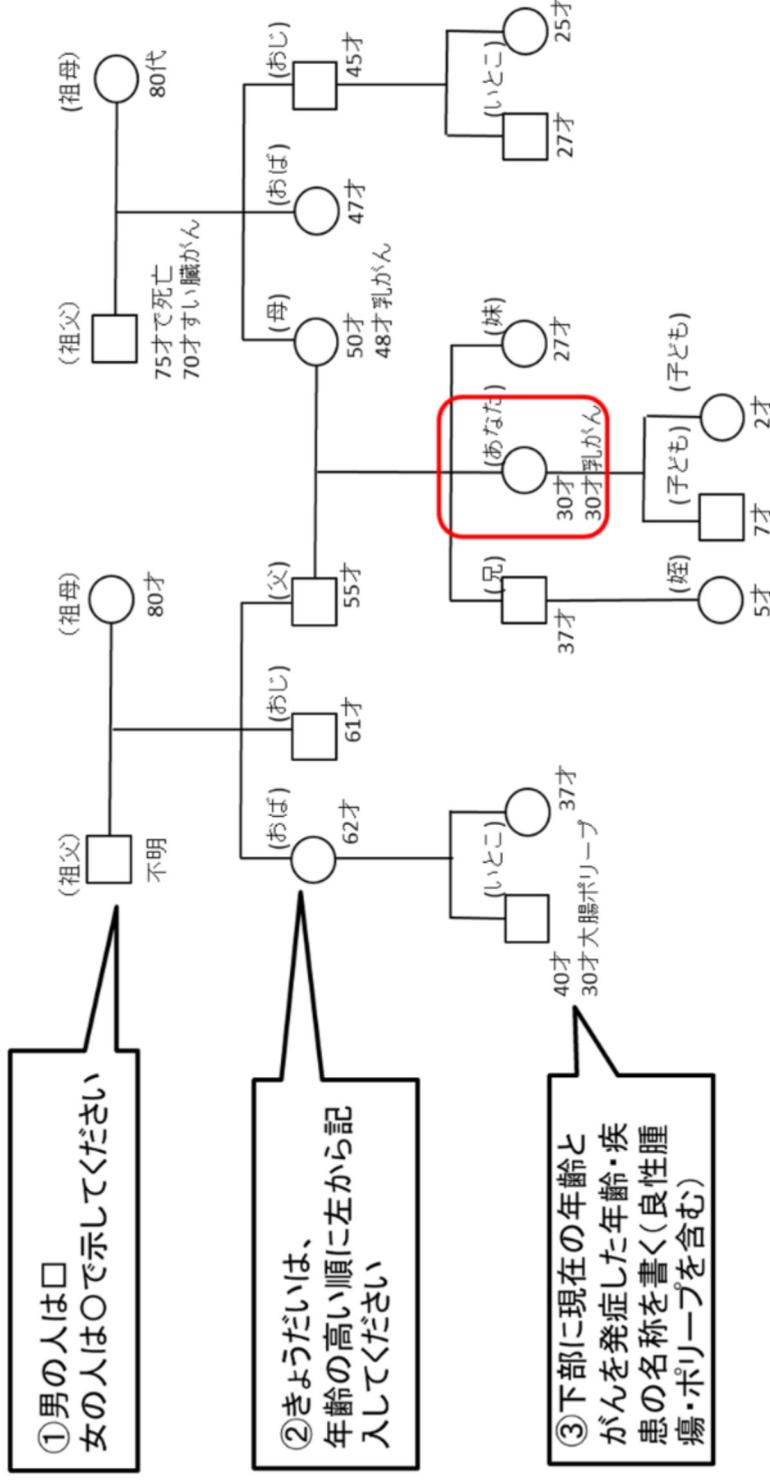
入院中は検査が提出できません。
検査料および説明料として45万円
(3割負担の場合約15万円)

結果説明
(約2か月後)

解析料および説明料として
12万円（3割負担の場合約4万円）

③-3 ご家族の病歴記入用紙(ご氏名様)

ご家族の病歴記入例



可能であれば、3～4世代程度ご記入ください

③-3 ご家族の病歴記入用紙(ご氏名

様)

⑥-a エキスパートパネル用スライド作成の手引き（広大病院用）

THVer20200620

スライド作成についてのお願い

広島大学病院エキスパートパネル（以下、広大エキパネ）のコアメンバーががん遺伝子パネル検査で得られたゲノム情報を元に、広大エキパネ前の事前検討ミーティングなどで、遺伝性腫瘍や治療情報（エビデンスレベル）、臨床試験情報を検討する際、患者さんの詳細な臨床情報が必要となります。

特に、以下の情報は臨床試験の適格基準の確認で重要な項目です。

- ・年齢（適格基準は通常 16 歳以上）
- ・Eastern Cooperative Oncology Group (ECOG) パフォーマンスステータス
- ・病理組織診断名、免疫組織化学(IHC)検査の結果
- ・遺伝子解析（コンパニオン診断）の結果
- ・薬物療法の治療歴（レジメン数、使用した薬剤、未実施の標準治療など）
- ・悪性腫瘍に関する既往歴、中枢神経系への転移又は癌性髄膜炎など

一方で、エキパネでは1症例あたりの検討時間には限りがありますので、エッセンシャルな情報をまとめて記載していただくようお願いいたします。

(1) スライド見出しの「施設名：〇〇病院、症例番号：A00XXYYYYYYYY、遺伝子パネル検査名：XXXXXX」をご確認ください。

(2) スライド1枚目（患者情報・経過概略・治療歴）

〇〇様(プレゼンの時には消去します。患者取り違え防止目的に書いて送ります)

【患者】 歳 男性・女性 【検体提出時の PS】

【臨床診断名】 【診断時病期（ステージ）】 WHO 病理分類：Grade

【組織診断名】

【既往歴（悪性腫瘍）】

【移植歴】 あり・なし 【免疫抑制剤使用】 あり・なし

【過去の遺伝子検査の有無】 なし・あり（ ）

【MSI 検査】 なし・あり [陽性 (MSI-High) または 陰性 (MSH-L/MSS)]

【臨床経過・治療情報】

(お願い)

- ・手術療法／生検：日時、術式を簡潔に、検体提出した場合、「→検体提出」と記載
→補助化学療法／術後療法があれば、手術と同じ行で記載
- ・放射線治療：目的、部位、線量などを簡潔に
- ・薬物療法：「SOX 療法 XX コースで PD or 有害事象中止」などレジメンの一般的

な略は可、

実施済の薬剤がわかれば OK です。

原則、MSI 検査（コンパニオン診断）はエキスパートパネルまでに提出していただけると幸甚です。MMR 蛋白質の免疫組織化学検査を出している場合でも、MSI 検査を追加で提出をお願いします。

【実施済の標準治療】

【未実施の標準治療】

(3) スライド 2 枚目（画像診断）

- ・現在の病態がわかるように、画像は 2 枚程度（画像 3 枚以上も可ですが、スライド 1 枚は以内）
- ・検査法、検査の日時（年月程度）と簡単な所見をおねがいします。
- ・専門外の医師でもわかるように病変部位や生検部位などに矢印をお願いします。

(4) スライド 3 枚目（遺伝情報）→作成不要。広島大学病院遺伝子診療科で作成します。

【患者】 歳 男性・女性

【臨床診断名】 【診断時病期（ステージ）】 WHO 病理分類：Grade

【組織診断名】

【喫煙歴】 なし・あり（本/日を～歳時の約年間） 【飲酒歴】 なし・あり

【アレルギー】 なし・あり

【職業】

【家族歴】

【遺伝性腫瘍の拾い上げ基準】

HBOC(NCCN ガイドラインまたは遺伝性乳癌卵巣癌症候群（HBOC）診療の手引き 2017 年版)/Lynch(アムステルダム診断基準 II または改訂ベセスダ基準)/Li-Fraumeni (Chompret 基準)など。

【家系図】

【二次的所見の開示希望】 あり・なし

(5) スライド 4 枚目（病理所見）→作成不要。広島大学病院遺伝子診療科で作成します。

【患者】 歳 男性・女性

【検体採取日】 00/00/00 手術／生検で採取 【検体の病理番号(B 番号)】

【臨床診断名】 【診断時病期（ステージ）】 WHO 病理分類：Grade

【組織診断名】

【腫瘍割合】 %（有核細胞割合）

【組織所見（IHC 検査を含む）】：

施設名: 広島大学病院 症例番号: A00XXYYYYYYY 遺伝子パネル検査: XXXXXX

〇〇様

【患者】 歳 男性・女性 【検体提出時のPS】
【臨床診断名】 【診断時病期（ステージ）】 WHO病理分類: Grade
【組織診断名】

【既往歴（悪性腫瘍）】
【移植歴】 あり・なし 【免疫抑制剤使用】 あり・なし
【過去の遺伝子検査の有無】 なし・あり（ ）
【MSI検査】 なし・あり [陽性（MSI-High）または 陰性（MSH-L/MSS）]

【臨床経過・治療情報】

（お願い）

- 手術療法／生検：日時、術式を簡潔に、検体提出した場合、「→検体提出」と記載
→補助化学療法／術後療法があれば、手術と同じ行で記載
- 放射線治療：目的、部位、線量などを簡潔に
- 薬物療法：「SOX療法 XXコースでPD or 有害事象中止」などレジメンの一般的な略は可、
実施済の薬剤がわかればOKです。

【実施済の標準治療】

【未実施の標準治療】

施設名: 広島大学病院 症例番号: A00XXYYYYYYY 遺伝子パネル検査: XXXXXX

【画像検査】

現在の画像所見を
貼付してください

現在の画像所見を
貼付してください

（お願い）

- 現在の病態がわかるように、画像は2枚程度（画像3枚以上も可ですが、スライド1枚は以内）
- 検査法、検査の日時（年月程度）と簡単な所見をおねがいします。
- 専門外でもわかるように病変部位や生検部位などに矢印をお願いします。

施設名: 広島大学病院 症例番号: A00XXYYYYYYYY 遺伝子パネル検査: XXXXXX

【患者】 歳 男性・女性
【臨床診断名】 【診断時病期(ステージ)】 WHO病理分類: Grade
【組織診断名】
【喫煙歴】 なし・あり(本/日を~歳時の約年間) 【飲酒歴】 なし・あり
【アレルギー】 なし・あり
【職業】
【家族歴】
【遺伝性腫瘍拾い上げ基準】
HBOC(NCCNガイドライン)/Lynch(改訂ベセスダ基準)/Li-Fraumeni(Chompret基準)
【家系図】

スライド3枚目は
遺伝子診療科で記入します

【二次的所見の開示希望】 あり・なし

施設名: 広島大学病院 症例番号: A00XXYYYYYYYY 遺伝子パネル検査: XXXXXX

【患者】 歳 男性・女性
【検体採取日】 00/00/00 手術/生検で採取 【病理検体番号(B番号)】
【臨床診断名】 【診断時病期(ステージ)】 WHO病理分類: Grade
【組織診断名】
【腫瘍割合】 % (有核細胞割合)
【組織所見】:

検体写真

スライド4枚目は
遺伝子診療科で作成します

