

②-b がんゲノム医療外来（保険）紹介元医療機関主治医 申込みマニュアル

保険適用について「①保険適用チェックリスト」で確認をお願いします
→保険適用の判断が難しい場合 c.セカンドオピニオン外来への申込みをお願いします

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



^{注1} 広大病院 「がんゲノム医療拠点病院」のHPからダウンロード

紹介・予約の申込み：

以下の書類を作成して**広島大学病院 地域連携**（082-257-5489）にFAX

- ①保険適用チェックリスト^{注1}
- 紹介・予約申込書^{注2} 2通（該当する診療科^{注3}宛と遺伝子診療科宛）
- 診療情報提供書^{注4} 2通（該当する診療科宛と遺伝子診療科宛）
- ④C-CAT：1章、2章^{注1}に手書き



^{注2} 広大病院 「地域連携」のHPからダウンロード

紹介目的に“がんゲノム医療外来（保険適用）”と記載して下さい

^{注3} 該当する診療科が不明の場合には、遺伝子診療科にお問い合わせください。

^{注4} 診療情報提供書も2通（同じ内容で可）準備して下さい

予約申込の受付完了です

地域連携が患者さんと日程調整して受診日の連絡

受診日までに：

⑤臨床情報、病理検体^{注1}の郵送をおねがいします



受診日：

該当診療科→遺伝子診療科（同日受診）

説明・同意書に署名→検体準備→出検（遺伝子診療科から）

受診日から1週間以内に：

⑥「エキスパネル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
Powerpointの雛形を送ります。

エキスパートパネルの資料作成

【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>

① がんゲノム医療外来 保険適用チェックリスト（紹介元主治医用）

20211027Ver

患者名： _____

主治医名： _____

主治医メールアドレス（必須）： _____

（重要）保険適用でのがんゲノム医療（がん遺伝子パネル検査）を受けるには、以下の（１）と（２）の両方の条件を満たす必要があります。

（１）：がんの種類と治療の状態（以下のいずれかである）

| | | |
|--------------------------|--------------------------|--|
| | 標準治療の有無 | がんの種類／治療の状態など |
| <input type="checkbox"/> | 標準治療のない固形がん | 希少がん, 原発不明癌, 小児がん |
| <input type="checkbox"/> | 標準治療のない固形がん | その他 () |
| <input type="checkbox"/> | 局所進行／転移が認められる標準治療のある固形がん | 標準治療が終了している |
| <input type="checkbox"/> | 局所進行／転移が認められる標準治療のある固形がん | 標準治療の終了が見込まれる (全身状態の悪化、最終ライン／サルベージライン中など) |



（１）のいずれかに該当しない場合は、保険適用で検査ができません。

（２）：検査開始時の全身状態

がんゲノム医療の検査は、検査結果が出るまでに2ヶ月程度かかります。

その後、治験や臨床試験などの治療開始となります。（この時点で予後3ヶ月以上が望ましい）

| | はい | いいえ／判定不能 |
|---|--------------------------|--------------------------|
| ①現在PSが0～2である | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| ②生命予後が3ヶ月以上ある | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| ③検査実施3か月後に造血能や臓器機能が維持され、化学療法が可能である。（→生命予後で5ヶ月以上が望ましい） | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| ④既存の組織検体がある、または生検が可能である | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

①～④がすべて「はい」の場合：保険適用（腫瘍検体：F1、NCCオンコパネル）

①～③が「はい」で、④のみ「いいえ」の場合：
保険適用（リキッドバイオプシー：F1 Liquid）

①～④が
すべて
「いいえ」

*セカンドオピニオン外来／自費検査外来のご案内
保険適用かどうか判定困難な場合、当院の「セカンドオピニオン外来」で判定します。
また、明らかに保険適用でない場合でも、自費で行える検査があります。

詳細については以下に問い合わせるか、HPをご参照ください。

【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HP URL: <https://www.hiroshima-u.ac.jp/hosp/gangenome>

③-1-b

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：当院以外の医療機関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
- 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

地域連携で受付
(中央受付①②)

- ・ 地域連携（中央受付①②）へお越し下さい

各診療科にて
検査説明

- ・ 「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
- ・ 遺伝性のがんについての説明
- ・ 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)

病理検体
提出
(約1週間後)

入院中は病理検体が提出できません。

病理検体提出日、患者さんにご確認のお電話をいたします。

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)

※後日郵送にて請求書送付→振込でお支払い

➤ 検査中止の場合でも返金はありません。

➤ リキッドバイオプシーに変更になる場合には
再度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）

③-1-b

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：当院以外の医療機関に通院中の患者さん

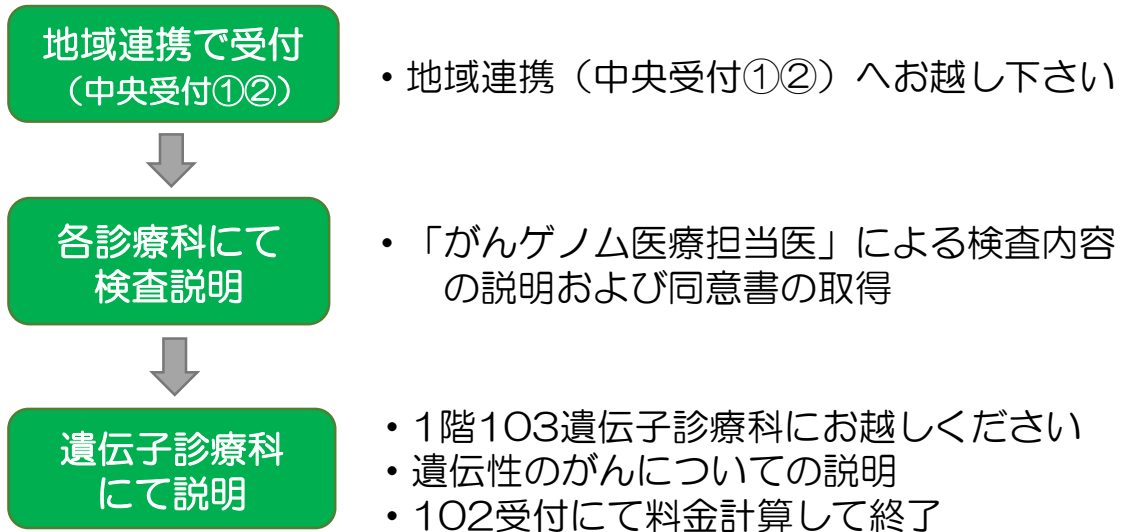
※診察後、保険適用で検査ができないと判断される場合もあります
ご希望された場合、自費での検査も可能です。

➤ 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
- 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）*

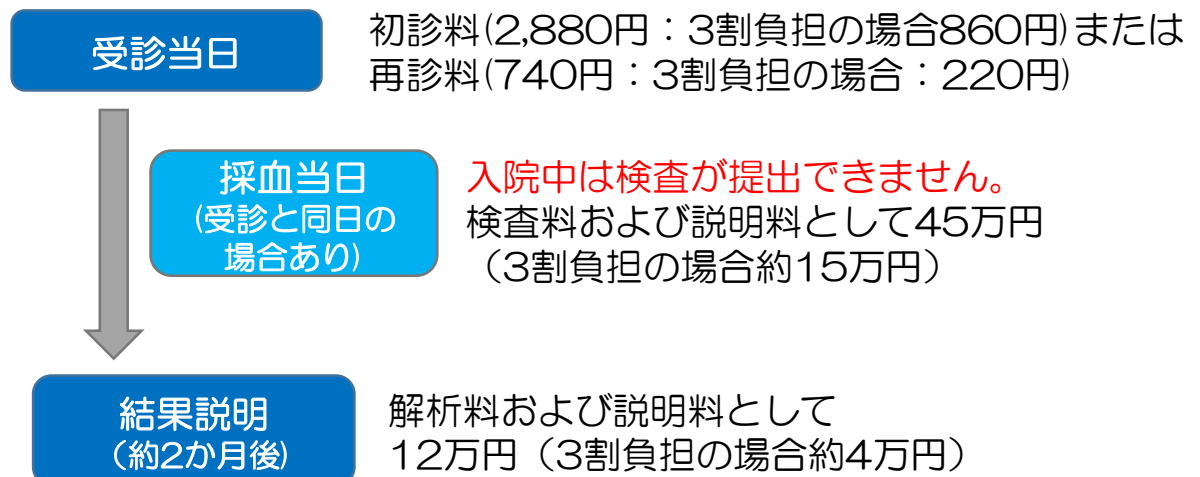
*受診日までにご記入いただき、当日ご持参ください

➤ 受診当日の流れ



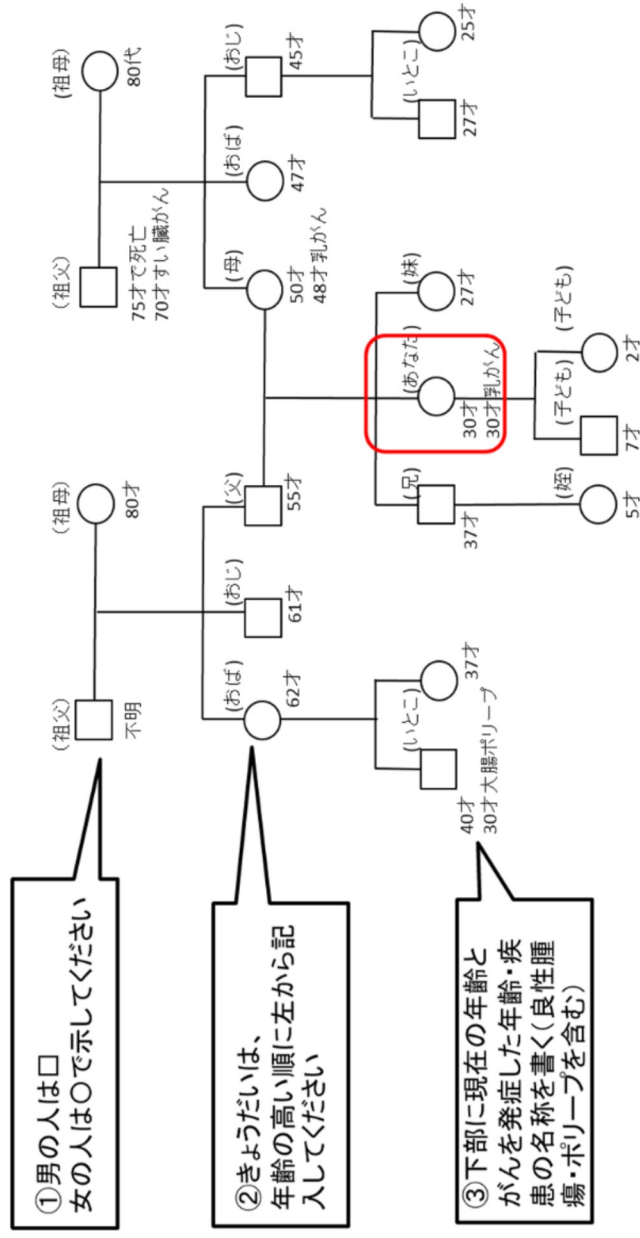
➤ がんゲノム医療外来の費用について（保険診療の場合）

※高額療養費の適用の場合、自己負担限度額が変わります



③-3 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)



予約FAX: 082-257-5489
 TEL: 082-257-5064 (直通)
 広島大学病院 地域連携

| | | | |
|--------|------------|-------|-------|
| ※当院使用欄 | 記入しないでください | | |
| 診察券作成 | / () | 予約登録 | / () |
| 紹介情報登録 | / () | FAX返却 | / () |
| | | 情報送付日 | / () |

紹介・予約申込書 (FAX送付票)

☆入院依頼の場合は、直接診療科医師へご連絡をお願いいたします。 申込日 年 月 日

| | | |
|--------|--------------------|---|
| 紹介元情報 | 所在地 | 所属科 |
| | 医療機関名 | TEL |
| | 担当医師 | FAX |
| 診療依頼内容 | 診療科 | 希望診療科 <u>遺伝子診療</u> 科 ※必ずご記入ください。 |
| | 担当医師 | <input checked="" type="checkbox"/> 希望医師 <u>檜井 孝夫</u> 医師 <input type="checkbox"/> なし 医師の了解 <input type="checkbox"/> 済 <input type="checkbox"/> 未 |
| | 診察希望日 | <input type="checkbox"/> 翌日を含む最短日を希望 <input type="checkbox"/> 日以降の受診を希望 第1: 月 日 () |
| | ご希望の項目に ☑してください | <input type="checkbox"/> 都合の悪い日 () 第2: 月 日 () ※希望日は翌日以降 (休日の前日は、休日明けの翌日) をご記入ください。 |
| | 傷病名 | CD-Rデータ/検体等 (あり・なし) <input type="checkbox"/> 患者入院中 <input type="checkbox"/> 家族のみ受診 ※家族のみの受診の場合、費用は10割負担となります。 |
| 紹介目的 | がんゲノム医療 | |

※旧姓の確認が取れない場合、二重登録の危険があるため予約をお取りできません。予め患者さんへご確認の上、申込みをお願いします。

| | | | | | | |
|------------|---|---|------------------|--|--------|----|
| フリガナ | | 性別 | ※旧姓 | 被保険者 | 被保険者氏名 | 続柄 |
| 患者氏名 | | <input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女 | | <input type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> 家族 | | |
| 生年月日 | 明・大・昭・平・令 年 月 日生 (歳) | | | | | |
| 住所 電話番号 | 〒 - - - - - ←郵便番号は必ずご記入ください | | | | | |
| | 電話 (- -) 携帯 (- -) | | | | | |
| 保険情報 | 保険者番号 | | 公費負担者番号 | | | |
| | 記号 | | 公費負担医療の 受給者番号 | | | |
| | 番号 | | 公費負担者番号 | | | |
| | 有効期限 | 年 月 日 | 公費負担医療の 受給者番号 | | | |
| | 労働災害 交通事故 | <input type="checkbox"/> あり (仕事・通勤途中・その他) <input type="checkbox"/> なし | | | | |
| 本院受診歴 | <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 不明 <input type="checkbox"/> あり | | 診察券番号 | - | - | |

★一旦確定した予約日時を変更・キャンセルされる場合は、必ず貴院を通じてご連絡ください。
 また、度重なる予約変更はお避けくださいますようお願いいたします。

ご記入いただいた個人情報は医療の提供のために用います。

コピーしてご利用下さい



予約FAX:082-257-5489
 TEL:082-257-5064 (直通)
 広島大学病院 地域連携

| | | | |
|--------|------------|-------|-------|
| ※当院使用欄 | 記入しないでください | | |
| 診察券作成 | / () | 予約登録 | / () |
| 紹介情報登録 | / () | FAX返却 | / () |
| | | 情報送付日 | / () |

紹介・予約申込書 (FAX送付票)

☆入院依頼の場合は、直接診療科医師へご連絡をお願いいたします。 申込日 年 月 日

| | | |
|--------|--------------------|--|
| 紹介元情報 | 所在地 | 所属科 |
| | 医療機関名 | TEL |
| | 担当医師 | FAX |
| 診療依頼内容 | 診療科 | 希望診療科 _____ 科 ※必ずご記入ください。 |
| | 担当医師 | <input type="checkbox"/> 希望医師 _____ 医師 <input type="checkbox"/> なし 医師の了解 <input type="checkbox"/> 済 <input type="checkbox"/> 未 |
| | 診察希望日 | <input type="checkbox"/> 翌日を含む最短日を希望 |
| | ご希望の項目に ☑してください | <input type="checkbox"/> _____ 日以降の受診を希望 第1: _____ 月 _____ 日 () <input type="checkbox"/> 都合の悪い日 () 第2: _____ 月 _____ 日 () ※希望日は翌々日以降 (休日の前日は、休日明けの翌日) をご記入ください。 |
| | 傷病名 | CD-Rデータ/検体等 (あり・なし) <input type="checkbox"/> 患者入院中 <input type="checkbox"/> 家族のみ受診 ※家族のみの受診の場合、費用は10割負担となります。 |
| 紹介目的 | がんゲノム医療 | |

※旧姓の確認が取れない場合、二重登録の危険があるため予約をお取りできません。予め患者さんへご確認の上、申込みをお願いします。

| | | | | | | |
|------------|---|---|------------------|--|--------|-------|
| フリガナ | | 性別 | ※旧姓 | 被保険者 | 被保険者氏名 | 続柄 |
| 患者氏名 | | <input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女 | | <input type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> 家族 | | |
| 生年月日 | 明・大・昭・平・令 _____ 年 _____ 月 _____ 日生 (_____ 歳) | | | | | |
| 住所 電話番号 | 〒 _____ - _____ - _____ ←郵便番号は必ずご記入ください | | | | | |
| | 電話 (_____ - _____) 携帯 (_____ - _____) | | | | | |
| 保険情報 | 保険者番号 | _____ | 公費負担者番号 | _____ | _____ | _____ |
| | 記号 | _____ | 公費負担医療の 受給者番号 | _____ | _____ | _____ |
| | 番号 | _____ | 公費負担者番号 | _____ | _____ | _____ |
| | 有効期限 | _____ 年 _____ 月 _____ 日 | 公費負担医療の 受給者番号 | _____ | _____ | _____ |
| | 労働災害 交通事故 | <input type="checkbox"/> あり (仕事・通勤途中・その他) <input type="checkbox"/> なし | | | | |
| 本院受診歴 | <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 不明 <input type="checkbox"/> あり | | 診察券番号 | _____ | _____ | _____ |

★一旦確定した予約日時を変更・キャンセルされる場合は、必ず貴院を通じてご連絡ください。
 また、度重なる予約変更はお避けくださいますようお願いいたします。

ご記入いただいた個人情報は医療の提供のために用います。

コピーしてご利用下さい

【検体情報 C-CAT1 章】

エキスパートパネルの開催時に臨床情報が必要となります。

| | |
|--------------------|---|
| がん種区分（第1階層） ※必須 | <input type="checkbox"/> 中枢神経系/脳 <input type="checkbox"/> 末梢神経系 <input type="checkbox"/> 頭頸部 <input type="checkbox"/> 眼 <input type="checkbox"/> 甲状腺 <input type="checkbox"/> 肺 <input type="checkbox"/> 胸膜 <input type="checkbox"/> 胸腺 <input type="checkbox"/> 乳房 <input type="checkbox"/> 食道/胃 <input type="checkbox"/> 腸 <input type="checkbox"/> ファーター膨大部（ファーター乳頭部） <input type="checkbox"/> 腹膜 <input type="checkbox"/> 肝臓 <input type="checkbox"/> 胆道 <input type="checkbox"/> 膵臓 <input type="checkbox"/> 副腎 <input type="checkbox"/> 腎臓 <input type="checkbox"/> 膀胱/尿路 <input type="checkbox"/> 卵巣/卵管 <input type="checkbox"/> 子宮 <input type="checkbox"/> 子宮頸部 <input type="checkbox"/> 外陰部/膣 <input type="checkbox"/> 前立腺 <input type="checkbox"/> 精巣 <input type="checkbox"/> 陰茎 <input type="checkbox"/> 皮膚 <input type="checkbox"/> 軟部組織 <input type="checkbox"/> 骨 <input type="checkbox"/> リンパ球系 <input type="checkbox"/> 骨髄 <input type="checkbox"/> その他（ ） |
| 小児がん等 ※必須 | <input type="checkbox"/> 該当しない <input type="checkbox"/> 該当する |

| | |
|--|---|
| 検体採取日（腫瘍組織） ※必須 | （西暦） 年 月 日 |
| 検体採取方法 ※必須 | <input type="checkbox"/> 生検（ ） <input type="checkbox"/> 手術（ ） <input type="checkbox"/> その他（ ） <input type="checkbox"/> 不明 |
| 検体採取部位 ※必須 | <input type="checkbox"/> 原発巣 <input type="checkbox"/> 転移巣 <input type="checkbox"/> 不明 |
| 具体的な採取部位 ※必須 | <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"/> 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/リンパ管 <input type="checkbox"/> 末梢神経 <input type="checkbox"/> 血液 <input type="checkbox"/> 原発不明 <input type="checkbox"/> その他（ ） |
| 移植歴 ※必須 | <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり（英語入力： ） |
| 診断名 ※必須 ●末尾に記載してある 診断名から 選択してください | （ / ） |
| 臨床病期 ※必須 | <input type="checkbox"/> Stage1 <input type="checkbox"/> Stage2 <input type="checkbox"/> Stage3 <input type="checkbox"/> 再発/Stage4 <input type="checkbox"/> 不明/該当なし |
| MSI ※必須 | <input type="checkbox"/> 実施済（ <input type="checkbox"/> 陽性 <input type="checkbox"/> 陰性 ） <input type="checkbox"/> 未実施 <input type="checkbox"/> 実施予定 |

【臨床情報 C-CAT2 章】

エキスパートパネルの開催時に臨床情報が必要となります。

| 【 患者背景情報・がん種情報 】 | |
|------------------|---|
| 診断日 ※必須 | (西暦) 年 月 日 |
| 病理診断名 ※必須 | |
| 喫煙歴 ※必須 | <input type="checkbox"/> 有 (喫煙年数: 年 / 1日の本数: 本) <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 不明 |
| アルコール多飲歴 | <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 不明 |
| ECOG PS ※必須 | <input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 不明 |
| 重複がん ※必須 | <input type="checkbox"/> 有 (部位①: , 活動性: <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 不明) (部位②: , 活動性: <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 不明) (部位③: , 活動性: <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 不明) (部位④: , 活動性: <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 不明) (部位⑤: , 活動性: <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 不明) <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 不明 |
| 多発がん ※必須 | <input type="checkbox"/> 有 (活動性: <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 不明) <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 不明 |
| 登録時転移 ※必須 | <input type="checkbox"/> 有 (部位①:) (部位②:) (部位③:) (部位④:) (部位⑤:) <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 不明 |

| | |
|--|--|
| <p>家族歴 ※必須</p> <p>家系図添付の場合不要です</p> <p>(例:祖父母(父方)など)</p> | <p><input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 不明</p> <p>* 家族歴詳細①</p> <p>続柄： がん種： (その他の場合：) 罹患年齢：</p> <p>* 家族歴詳細②</p> <p>続柄： がん種： (その他の場合：) 罹患年齢：</p> <p>* 家族歴詳細③</p> <p>続柄： がん種： (その他の場合：) 罹患年齢：</p> <p>* 家族歴詳細④</p> <p>続柄： がん種： (その他の場合：) 罹患年齢：</p> <p>* 家族歴詳細⑤</p> <p>続柄： がん種： (その他の場合：) 罹患年齢：</p> |
| <p>肺がん症例 ※必須</p> | <p>EGFR：<input type="checkbox"/> 陰性 <input type="checkbox"/> 陽性 <input type="checkbox"/> 判定不能 <input type="checkbox"/> 不明 or 未検査</p> <p>EGFR-type：<input type="checkbox"/> G719 <input type="checkbox"/> exon-19 欠失 <input type="checkbox"/> S768I <input type="checkbox"/> T790M <input type="checkbox"/> exon-20 挿入 <input type="checkbox"/> L858R <input type="checkbox"/> L861Q <input type="checkbox"/> その他 <input type="checkbox"/> 不明</p> <p>EGFR 検査方法：<input type="checkbox"/> CobasV2 <input type="checkbox"/> Therascreen <input type="checkbox"/> その他 <input type="checkbox"/> 不明</p> <p>EGFR-TKI 耐性後 EGFR-T790M：<input type="checkbox"/> 陰性 <input type="checkbox"/> 陽性 <input type="checkbox"/> 判定不能 <input type="checkbox"/> 不明 or 未検査</p> <p>ALK 融合：<input type="checkbox"/> 陰性 <input type="checkbox"/> 陽性 <input type="checkbox"/> 判定不能 <input type="checkbox"/> 不明 or 未検査</p> <p>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"/> 不明</p> <p>ROS1：<input type="checkbox"/> 陰性 <input type="checkbox"/> 陽性 <input type="checkbox"/> 判定不能 <input type="checkbox"/> 不明 or 未検査</p> <p>BRAF (V600)：<input type="checkbox"/> 陰性 <input type="checkbox"/> 陽性 <input type="checkbox"/> 判定不能 <input type="checkbox"/> 不明 or 未検査</p> |

| | |
|---------------------------------|---|
| | PD-L1 (IHC) : <input type="checkbox"/> 陰性 <input type="checkbox"/> 陽性 <input type="checkbox"/> 判定不能 <input type="checkbox"/> 不明 or 未検査 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 <input type="checkbox"/> 不明 陽性率 : (%) アスベスト曝露歴 : <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> 不明 |
| 乳がん症例 ※必須 | 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"/> 不明 or 未検査 HER2 (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"/> 不明 or 未検査 ER : <input type="checkbox"/> 陰性 <input type="checkbox"/> 陽性 <input type="checkbox"/> 判定不能 <input type="checkbox"/> 不明 or 未検査 PgR : <input type="checkbox"/> 陰性 <input type="checkbox"/> 陽性 <input type="checkbox"/> 判定不能 <input type="checkbox"/> 不明 or 未検査 gBRCA1 : <input type="checkbox"/> 陰性 <input type="checkbox"/> 陽性 <input type="checkbox"/> 判定不能 <input type="checkbox"/> 不明 or 未検査 gBRCA2 : <input type="checkbox"/> 陰性 <input type="checkbox"/> 陽性 <input type="checkbox"/> 判定不能 <input type="checkbox"/> 不明 or 未検査 |
| 食道がん、胃がん、 小腸がん、大腸がん症例 ※必須 | KRAS 変異 : <input type="checkbox"/> 陰性 <input type="checkbox"/> 陽性 <input type="checkbox"/> 判定不能 <input type="checkbox"/> 不明 or 未検査 KRAS-type : <input type="checkbox"/> codon12 <input type="checkbox"/> codon13 <input type="checkbox"/> codon59 <input type="checkbox"/> codon61 <input type="checkbox"/> codon117 <input type="checkbox"/> codon146 <input type="checkbox"/> 不明 KRAS 検査方法 : <input type="checkbox"/> PCR-rSSO 法 <input type="checkbox"/> その他 <input type="checkbox"/> 不明 NRAS 変異 : <input type="checkbox"/> 陰性 <input type="checkbox"/> 陽性 <input type="checkbox"/> 判定不能 <input type="checkbox"/> 不明 or 未検査 NRAS-type : <input type="checkbox"/> codon12 <input type="checkbox"/> codon13 <input type="checkbox"/> codon59 <input type="checkbox"/> codon61 <input type="checkbox"/> codon117 <input type="checkbox"/> codon146 <input type="checkbox"/> 不明 NRAS 検査方法 : <input type="checkbox"/> PCR-rSSO 法 <input type="checkbox"/> その他 <input type="checkbox"/> 不明 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"/> 不明 or 未検査 EGFR (IHC) : <input type="checkbox"/> 陰性 <input type="checkbox"/> 陽性 <input type="checkbox"/> 判定不能 <input type="checkbox"/> 不明 or 未検査 BRAF (V600) : <input type="checkbox"/> 陰性 <input type="checkbox"/> 陽性 <input type="checkbox"/> 判定不能 <input type="checkbox"/> 不明 or 未検査 |
| 肝がん症例 ※必須 | HBsAg : <input type="checkbox"/> 陰性 <input type="checkbox"/> 陽性 <input type="checkbox"/> 判定不能 <input type="checkbox"/> 不明 or 未検査 HBs 抗体 : <input type="checkbox"/> 陰性 <input type="checkbox"/> 陽性 <input type="checkbox"/> 判定不能 <input type="checkbox"/> 不明 or 未検査 HBV-DNA : (LogIU/mL) HCV 抗体 : <input type="checkbox"/> 低 <input type="checkbox"/> 中 <input type="checkbox"/> 高 <input type="checkbox"/> 不明 or 未検査 HCV-RNA : (LogIU/mL) |
| 皮膚がん症例 ※必須 | BRAF (V600) : <input type="checkbox"/> 陰性 <input type="checkbox"/> 陽性 <input type="checkbox"/> 判定不能 <input type="checkbox"/> 不明 or 未検査 |

【薬物療法と有害事象】 ※レジメンの数だけコピーして御使用ください。

エキスパートパネルの開催時に薬物療法の情報が必要となります。

投与されましたレジメンの記載をお願いします。

| 【 薬物療法 (EP 前) 】 | |
|----------------------------------|--|
| 治療ライン ※必須 | <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 次治療以降 (次治療) |
| 実施目的 ※必須 | <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"/> 保険診療 <input type="checkbox"/> その他 |
| 治療目的 ※必須 | <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 |
| 実施施設 ※必須 | <input type="checkbox"/> 自施設 <input type="checkbox"/> 他施設 |
| レジメン名 | |
| 薬剤名 (商品名) ① ※必須 用量の記載までお願いします | |
| 薬剤名 (商品名) ② ※必須 用量の記載までお願いします | |
| 薬剤名 (商品名) ③ ※必須 用量の記載までお願いします | |
| レジメン内容変更情報 | <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 () |
| 投与開始日 ※必須 | (西暦) 年 月 日 |
| 投与終了日 ※必須 | (西暦) 年 月 日 または <input type="checkbox"/> 継続中 |
| 終了理由 ※必須 | <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"/> 本人希望により中止 <input type="checkbox"/> その他理由で中止 <input type="checkbox"/> 不明 |
| 最良総合効果 ※必須 | <input type="checkbox"/> CR <input type="checkbox"/> PR <input type="checkbox"/> SD <input type="checkbox"/> PD <input type="checkbox"/> NE |

| | | |
|--------------|--------------------------|--|
| 有害事象① ※必須 | Grade3 以上の有害事象の有無（非血液毒性） | <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 不明 |
| | 発現日 | (西暦) 年 月 日 |
| | CTCAEv5.0 名称 日本語 | |
| | CACAEv5.0 最悪 Grade | <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 不明 |
| 有害事象② ※必須 | Grade3 以上の有害事象の有無（非血液毒性） | <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 不明 |
| | 発現日 | (西暦) 年 月 日 |
| | CTCAEv5.0 名称 日本語 | |
| | CACAEv5.0 最悪 Grade | <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 不明 |

※ 3-(4) 【 診断名 】 下記より選択し、記入してください。

| 頭頸部癌 | |
|-----------------|-----------------|
| 涙管癌 | |
| 眼内 | 扁平上皮癌 |
| | 悪性黒色腫 |
| 頭頸部 | 腺癌 |
| | リンパ上皮種 |
| | 多型低悪性度腺癌 |
| | シュナイダー癌 |
| | 紡錘形細胞癌 |
| | 扁平上皮癌 |
| | 扁平上皮性乳頭腫 |
| | 悪性黒色腫 癌（その他） |
| 上咽頭（鼻咽頭）および副鼻腔癌 | 腺癌 |
| | リンパ上皮種 |
| | 未分化癌 |
| | 扁平上皮癌 |
| 唾液腺 | 腺房細胞癌 |
| | 腺癌 |
| | 多形腺腫由来癌 |
| | 唾液導管癌 |
| | 乳腺類似分泌癌（MASC） |
| | 多形性低悪性度腺癌（PLGA） |
| | 未分化癌 |
| | 腺様嚢胞がん |
| | 肉腫（その他） |
| | 癌（その他） |
| 気管 | 扁平上皮癌 |

| 肺癌・胸腺癌 | |
|--------|-------------|
| 肺 | 腺癌 |
| | 扁平上皮癌 |
| | 上皮内腺癌 |
| | 腺扁平上皮癌 |
| | 大細胞癌 |
| | 大細胞神経内分泌癌 |
| | リンパ上皮腫 |
| | 粘表皮癌 |
| | 多形腺腫 |
| | 癌肉腫 |
| | 肺芽腫 |
| | 肉腫様癌 |
| | 小細胞型未分化癌 |
| | 非小細胞肺癌（その他） |
| | 胸腺 |
| 胸腺 | 胸腺腫（その他） |

| 消化器癌 | |
|-------------------|------------------------|
| 食道 | 腺癌 |
| | 扁平上皮癌 |
| | 上皮内扁平上皮癌 |
| | 消化管間質腫瘍 癌（その他） |
| 胃 | 腺癌 びまん型 |
| | 腺癌 腸型 |
| | 消化管間質腫瘍 |
| | 癌（その他） |
| 小腸 | 腺癌 |
| | 消化管間質腫瘍 |
| 虫垂 | 腺癌 |
| | 粘液性腫瘍（その他） |
| 結腸 | 腺癌 |
| | 扁平上皮癌 |
| | 腺扁平上皮癌 |
| | 異形成 |
| | 神経内分泌腫瘍 |
| | 神経内分泌癌 |
| | 腺腫性ポリープ |
| | 消化管間質腫瘍 |
| 混在型上皮性神経内分泌腫瘍 | |
| 直腸 | 神経内分泌腫瘍 |
| | 神経内分泌癌 |
| | 腺癌 |
| | 扁平上皮癌 混在型上皮性神経内分泌腫瘍 |
| 肛門 | 扁平上皮癌 |
| | 悪性黒色腫 |
| 肝臓 | 肝細胞癌（FLO） |
| | 肝細胞癌（HCC） |
| | 混合型肝癌 |
| 胆管 | 腺癌 |
| 胆嚢 | 腺癌 |
| | 腺扁平上皮癌 |
| | 癌 |
| | 異形成 扁平上皮癌 |
| 肝臓 | 胆管細胞癌 |
| 膵臓 | 腺房細胞癌 |
| | 腺扁平上皮癌 |
| | 管状腺癌 |
| | 肝様癌 |
| | 充実性偽乳頭状腫瘍 |
| | 神経内分泌癌 |
| | 神経内分泌腫瘍 |
| | 膵管内乳頭粘液性腫瘍 |
| 粘液性嚢胞腺癌 癌（その他） | |
| 膵胆管癌 | （その他） |

| 皮膚癌・悪性黒色腫 | |
|-----------|------------|
| 陰 | 悪性黒色腫 |
| 外陰 | 悪性黒色腫 |
| 原発不明 | 悪性黒色腫 |
| 皮膚 | メラノサイト異形成 |
| | 悪性黒色腫 |
| | 繊維形成性黒色腫 |
| | グロームス腫瘍 |
| | 肉腫（その他） |
| | 扁平上皮癌（その他） |

| 中皮腫・骨・軟部組織腫瘍 | |
|--------------|---------------------|
| 心膜 | 中皮腫 |
| 腹膜 | 中皮腫 |
| 胸膜 | 中皮腫 |
| 精巣 | 中皮腫 |
| 骨 | 軟骨肉腫 |
| | 肉腫（その他） |
| | 巨細胞性病変（その他） |
| 心臓 | 肉腫（その他） |
| 脾臓 | 肉腫（その他） |
| 軟部組織 | 胞巣状軟部肉腫 |
| | 明細胞肉腫 |
| | 線維形成性小円形細胞腫瘍 |
| | 円形細胞肉腫（その他） |
| | ユーイング肉腫 |
| | 肉腫（その他） |
| | 滑膜肉腫 |
| | 平滑筋肉腫 |
| | 血管周囲類上皮細胞腫瘍（PEComa） |
| | 孤立性線維性腫瘍 |
| | メラノサイト病変 |
| | 横紋筋肉腫（その他） |
| 乳腺 | 血管肉腫 |
| 肝臓 | 血管内皮腫 |
| 副腎 | 褐色細胞腫 |
| 子宮 | 平滑筋肉腫 |

| 前立腺癌・男性生殖器腫瘍 | |
|--------------|--------------|
| 前立腺 | 腺房腺癌 |
| | 基底細胞癌 |
| | 癌肉腫 |
| | 肉腫（その他） |
| | 導管腺癌 |
| | 神経内分泌癌 |
| | 未分化癌 |
| 精巣 | ライディッヒ細胞腫瘍 |
| | セルトリ細胞腫瘍 |
| | 胚細胞腫（混合型） |
| | 胚細胞腫（精上皮腫以外） |
| | 胚細胞腫（精上皮腫） |

| 泌尿器癌 | |
|------|-------------|
| 腎臓 | 嫌色素性癌 |
| | 明細胞癌 |
| | 膨大細胞腫 |
| | 乳頭状腎細胞癌 |
| | 肉腫（その他） |
| | 腎細胞癌（その他） |
| 膀胱 | 尿路上皮（移行上皮）癌 |
| | 神経内分泌癌 |
| | 小細胞癌 |
| | 腺癌 |
| | 扁平上皮癌 |
| | 消化管間質腫瘍 |
| | 癌（その他） |
| 腎臓 | 尿路上皮癌 |
| 陰茎 | 尿路上皮癌 |
| 尿管 | 尿路上皮癌 |
| | 非浸潤性尿路上皮癌 |
| 尿道 | 非浸潤性尿路上皮癌 |
| | 腺癌 |
| | 明細胞癌 |
| | 扁平上皮癌 |
| 原発不明 | 尿路上皮癌 |
| 陰茎 | 扁平上皮癌 |

| 脳・中枢神経系腫瘍 | |
|-----------|--------------|
| 脳 | 退形成性星細胞腫 |
| | 星細胞腫 |
| | 毛様細胞性星細胞腫 |
| | 毛様類粘液性星細胞腫 |
| | びまん性星細胞腫 |
| | 膠芽腫 |
| | 膠腫（その他） |
| | 膠肉腫 |
| | 神経膠症 |
| | 乏突起膠腫 |
| | 乏突起星細胞腫 |
| | 退形成性乏突起膠腫 |
| | 上衣腫 |
| | 髄膜腫 |
| | 胚芽異形成性神経上皮腫瘍 |
| 中枢神経系 | 肉腫（その他） |
| | 腫瘍（その他） |
| 脊椎 | 星細胞腫 |
| | 膠腫（その他） |
| 頭頸部 | 嗅神経芽腫 |
| 軟部組織 | 神経芽腫 |

| 甲状腺・内分泌腺腫瘍 | |
|------------|-----------|
| 甲状腺 | 乳頭状癌 |
| | ろ胞癌 |
| | 髄様癌 |
| | 未分化癌 |
| | 癌（その他） |
| 下垂体 | 癌 |
| 原発不明 | 未分化神経内分泌癌 |
| | 未分化小細胞癌 |

| 乳腺・女性生殖器腫瘍 | |
|------------|----------------------|
| 乳腺 | 炎症性癌 |
| | 粘液癌 |
| | 神経内分泌癌 |
| | 乳頭癌 |
| | 葉状腫瘍 |
| | 非浸潤性乳管癌 |
| | 浸潤性乳管癌 |
| | 浸潤性小葉癌 |
| | 非浸潤性小葉癌 |
| | 化生癌 |
| | 癌肉腫 |
| | 腺様嚢胞癌 |
| | 筋上皮癌 |
| | 癌その他) |
| | 子宮頸部 |
| 腺扁平上皮癌 | |
| 明細胞腺癌 | |
| 扁平上皮癌 | |
| 未分化癌 | |
| 子宮内膜 | 腺癌 (その他) |
| | 明細胞腺癌 |
| | 類内膜腺癌 |
| | 混合型腺癌 |
| 子宮 | 漿液性乳頭状腺癌 |
| | 腺肉腫 |
| | 内膜間質肉腫 |
| | 癌肉腫 |
| 卵管 | 肉腫 (その他) |
| | 腺癌 |
| | 混合型癌 |
| | 癌肉腫 |
| | 類内膜癌 |
| 卵巢 | 漿液性癌 |
| | 腺肉腫 |
| | 混合型癌 |
| | 癌肉腫 |
| | 明細胞癌 |
| | 類内膜腺癌 |
| | 類内膜境界悪性腫瘍 (EBT/APET) |
| | 上皮性癌 (その他) |
| | 神経内分泌癌 |
| | 小細胞癌 高カルシウム血症型 |
| | 移行上皮癌 |
| | 漿液性癌 |
| | 漿液性癌 (high grade) |
| | 漿液性癌 (low grade) |
| | 漿液性腫瘍 (LMP) |
| | 粘液性癌 |
| | 顆粒膜細胞腫瘍 |
| | 性索間質腫瘍 |
| | 胚細胞腫 |
| 肉腫 (その他) | |
| 腹膜癌 | 混合型 |
| 腹膜 | 癌肉腫 |
| | 明細胞癌 |
| | 類内膜腺癌 |
| | 類内膜癌 |
| | 漿液性癌 |
| | 漿液性腫瘍 (低悪性度) |
| 粘液性癌 | |
| 胎盤 | 絨毛癌 |
| | トロホプラスト性腫瘍 |
| 原発不明 | 漿液性癌 |
| 膣 | 類内膜癌 |
| 外陰部 | 扁平上皮癌 |
| | 扁平上皮癌 |

| 原発不明癌 | |
|-------|-------------|
| 原発不明 | 腺癌 |
| | 肉腫様癌 |
| | 肉腫 (その他) |
| | 悪性新生物 (その他) |
| | 扁平上皮癌 |
| | 胚細胞腫瘍 |
| | 消化管間質腫瘍 |
| | 中皮腫 |
| 漿液性癌 | |
| 原発不明癌 | (その他) |

| 希少がん | |
|-----------|-----------|
| 副腎 | 副腎皮質癌 |
| ファーター-乳頭部 | 腺癌 |
| 皮膚 | 基底細胞癌 |
| | 皮膚繊維肉腫 |
| | 乳房外バジレット病 |
| | メルケル細胞癌 |
| 軟部組織 | 付属器癌 |
| | 線維腫症 |
| | 脂肪肉腫 |
| 尿管管癌 | NUT正中腺癌 |
| | (その他) |

⑤ 臨床情報・病理検体の送付についてのお願い

(お願い) 外来受診日までに、以下の臨床情報と病理検体を広島大学病院遺伝子診療科宛に送って下さい。

・送付いただくもの

1) 患者情報

- 診療情報提供書 (原本)
- ①保険適用チェックリスト (原本)
- ④C-CAT1 章・2 章データ (原本)

2) 血液検査、画像検査関連

- 血液生化学検査、腫瘍マーカー (過去 3 カ月分程度)、ゲノム検査 (MSI など) などのデータ
- 画像検査の CD-R (過去 3 回分程度) と画像検査報告書

3) 病理検体関連

- 病理診断報告書
 - ホルマリン固定パラフィン包埋 (FFPE) 検体*
- ※がん遺伝子パネル検査では腫瘍細胞量が必要なので、ブロックをなるべく多めに送付してください。
- HE 標本スライド (上記同一検体からのもの)
 - 病理検体貸出票 (紹介元医療機関で規定のものがあればお願いします)

以上を同封してお送りください

*ホルマリン固定パラフィン包埋 (FFPE) 検体についての注意事項

1. FFPE 検体が複数ある場合には、なるべく新しい検体が推奨されております。FFPE 検体の核酸品質は経年劣化することが明らかとなっており、作製後 3 年以内の FFPE 検体の使用が望ましいという実証データ (参考資料) があります。(NGS 解析用には、ホルマリン濃度、固定時間、脱灰の条件なども重要)
2. 症状の進行に影響を与える病巣 (原発巣より転移巣など) の検体をお勧めします。
3. 検体を受け取り次第、借用書をお送りします。検査会社による核酸のクオリティチェックが終了するまで、検体をお預かりさせていただきます。(検査提出からおよそ 1 カ月半~2 カ月程度)

<参考資料> 日本病理学会「ゲノム診療用病理組織検体取扱規程」

http://pathology.or.jp/genome_med/pdf/textbook.pdf

〒734-8551

簡易書留

広島市南区霞 1-2-3

広島大学病院 遺伝子診療科

檜井 孝夫 宛

「がんゲノム医療外来書類・検体在中」

取扱注意

【郵送先及び連絡先】

〒734-8551

広島市南区霞 1-2-3

広島大学病院遺伝子診療科

がんゲノム医療外来

TEL : 082-257-5965

FAX : 082-257-1762

hucgc2019@hiroshima-u.ac.jp

⑥-b エキスパートパネル用スライド作成の手引き（連携病院用）

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

【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
だけだと幸甚です。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）

【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】（わかれば記入してください）

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】（注意事項をご参照ください）

【二次的所見の開示希望】 あり・なし

（注意事項）

家系図の記載のない場合は、差し戻しとなります

第 3 度近親者*まで（最低でも第 2 度近親者まで）の家系図をお願いします。

*BRCA1/BRCA2 変異を認める症例も多くの HBOC の精査（Germline board）で
必要となります。

参考資料：<http://johboc.jp/guidebook2017/toc/lindex/1-2/>

(家系図作成について、ご不明な点、作成ソフトに関する情報が必要であれば広島大学病院遺伝子診療科までお問い合わせ下さい。)

(5) スライド4枚目(病理所見)

【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】

【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)】:

(注意事項)

- ・組織所見は、病理組織検査所見のコピーでも結構です。
- ・組織所見の写真は HE の弱拡大像、強拡大像の2枚程度をお願いします。
- ・IHC 検査: 組織診断 (CK7/CK20, MMR) や治療 (ER・PgR, HER2, PD-L1, Ki-67/MIB-1, TP53 など) に関連する IHC 検査結果 (画像は不要) は全て記載をお願いします。

注意: IHC 検査が手術時の結果で、検体提出時と異なる場合には、IHC 検査の日時を明記してください。

施設名: ○○○○病院 症例番号: B-H00XXYYYYYYYY 遺伝子パネル検査: Foundation One/NCCオンコパネル

○○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: ○○○○病院 症例番号: B-H00XXYYYYYYYY 遺伝子パネル検査: Foundation One/NCCオンコパネル

【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: ○○○○病院 症例番号: B-H00XXYYYYYYYY 遺伝子パネル検査: Foundation One/NCCオンコパネル

【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)/Lynch(改訂ベセスダ基準)/Li-Fraumeni(Chompret基準)
【家系図】

第3度近親者までの家系図をお願いします。
BRCA1/BRCA2変異を認める症例も多くのHBOCの精査(Germline board)が必要となります。
(注意)記載のない場合は、差し戻しとなります

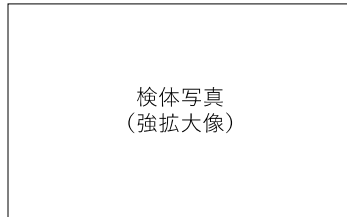
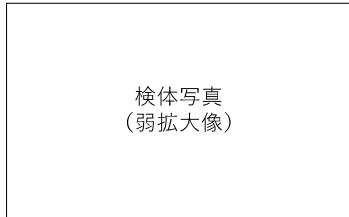
参考資料: <http://johboc.jp/guidebook2017/toc/1index/1-2/>
(家系図作成について、ご不明な点、作成ソフトに関する情報が必要であれば広島大学病院遺伝子診療科までお問い合わせ下さい。)

【二次的所見の開示希望】あり・なし

施設名: ○○○○病院 症例番号: B-H00XXYYYYYYYY 遺伝子パネル検査: Foundation One/NCCオンコパネル

【患者】 歳 男性・女性
【検体採取日】 OO/OO/OO 手術/生検で採取 【検体の病理番号】
【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】:



・組織所見は、病理組織検査所見のコピーでも結構です。
・IHC検査: 組織診断(CK7/CK20, MMR)や治療(ER・PgR, HER2, PD-L1, Ki-67/MIB-1, TP53など)に関連するIHC検査結果(画像は不要)は全て記載をお願いします。
注意: IHC検査が手術時の結果で、検体提出時と異なる場合には、IHC検査の日時を明記してください。治療による修飾によって変化する場合があります。