

血液検体を用いたがん遺伝子パネル検査 情報提供シート（1）

◆ 血液検体を用いたがん遺伝子パネル検査 適応チェックリスト

- 悪性腫瘍（固形がん）と診断されている
- 治癒・切除不能または再発であり、下記のいずれかの条件に該当する
 - 原発不明がんや希少がん
 - 標準治療が終了または終了見込み
- PSが0または1であり、**予後3ヶ月以上**が見込まれる
- 以下のいずれかの条件により、血液検体を用いたがん遺伝子パネル検査が適切である
 - 医学的理由（適切な保存検体がない、かつ、新たな検体採取ができないなど）により、腫瘍組織検体を用いたがん遺伝子パネル検査が困難である
 - 腫瘍組織検体を用いたがん遺伝子パネル検査を行ったが、包括的なゲノムプロファイルの結果が得られなかった
 - ・上記実施日：
 - ・結果：
- 全身状態 および 臓器機能等から、本検査施行後に化学療法の適応となる見込みがある

病状経過および治療経過 （通常の診療情報提供書でも可）

※手術、放射線治療、内視鏡治療などの治療歴がある場合は、内容・期間などを記載してください。

※最新の採血結果、最新の画像とレポート、病理診断レポートを添付してください。

血液検体を用いたがん遺伝子パネル検査 情報提供シート（2）

※該当するものに○印または空欄に記入をしていただきますようお願いいたします。

患者情報

患者氏名	【 <input style="width: 90%;" type="text"/> 】
既往歴	【 <input style="width: 90%;" type="text"/> 】
移植歴	無 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/>
ECOG PS	0 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2以上 <input type="checkbox"/>
HBsAg	陰性 <input type="checkbox"/> 陽性 <input type="checkbox"/> 判定不能 <input type="checkbox"/> 不明or未検査 <input type="checkbox"/>
HBs抗体	陰性 <input type="checkbox"/> 陽性 <input type="checkbox"/> 判定不能 <input type="checkbox"/> 不明or未検査 <input type="checkbox"/>
HBV-DNA	<input style="width: 90%;" type="text"/> LogIU/mL
HCV抗体	低 <input type="checkbox"/> 中 <input type="checkbox"/> 高 <input type="checkbox"/> 不明or未検査 <input type="checkbox"/>
HCV-RNA	<input style="width: 90%;" type="text"/> LogIU/mL

疾患情報

診断日	【西暦 年 月 日】																																													
がん種区分	<table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 12.5%;"></td> <td style="width: 12.5%;">中枢神経系/脳</td> <td style="width: 12.5%;">頭頸部</td> <td style="width: 12.5%;">眼</td> <td style="width: 12.5%;">肺</td> <td style="width: 12.5%;">胸膜</td> <td style="width: 12.5%;">胸腺</td> <td style="width: 12.5%;">甲状腺</td> <td style="width: 12.5%;">乳</td> </tr> <tr> <td></td> <td>食道/胃</td> <td>十二指腸乳頭</td> <td>腸</td> <td>肝</td> <td>胆道</td> <td>膵</td> <td>腎</td> <td>副腎</td> </tr> <tr> <td></td> <td>膀胱/尿管</td> <td>前立腺</td> <td>精巣</td> <td>陰茎</td> <td>子宮</td> <td>子宮頸部</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td></td> <td>卵巣/卵管</td> <td>膣</td> <td>皮膚</td> <td>骨</td> <td>軟部組織</td> <td>腹膜</td> <td>骨髄系</td> <td></td> </tr> <tr> <td></td> <td>リンパ系</td> <td>末梢神経系</td> <td colspan="6">その他（<input style="width: 40%;" type="text"/>）</td> </tr> </table> <p style="font-size: small; color: blue;">※肺・乳・食道/胃・腸・皮膚を選択した場合は「検査情報」欄（3ページ目）も記載してください。</p>		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	腸	肝	胆道	膵	腎	副腎		膀胱/尿管	前立腺	精巣	陰茎	子宮	子宮頸部				卵巣/卵管	膣	皮膚	骨	軟部組織	腹膜	骨髄系			リンパ系	末梢神経系	その他（ <input style="width: 40%;" type="text"/> ）					
	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	腸	肝	胆道	膵	腎	副腎																																						
	膀胱/尿管	前立腺	精巣	陰茎	子宮	子宮頸部																																								
	卵巣/卵管	膣	皮膚	骨	軟部組織	腹膜	骨髄系																																							
	リンパ系	末梢神経系	その他（ <input style="width: 40%;" type="text"/> ）																																											
臨床病期分類	【TNM分類(UICC第8版): <input style="width: 40%;" type="text"/> Stage: <input style="width: 40%;" type="text"/> 】																																													
病理診断名	【 <input style="width: 90%;" type="text"/> 】																																													
転移	無 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 不明 <input type="checkbox"/>																																													
転移の部位	<table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 12.5%;"></td> <td style="width: 12.5%;">中枢神経系/脳</td> <td style="width: 12.5%;">頭頸部</td> <td style="width: 12.5%;">眼</td> <td style="width: 12.5%;">肺</td> <td style="width: 12.5%;">胸膜</td> <td style="width: 12.5%;">胸腺</td> <td style="width: 12.5%;">甲状腺</td> <td style="width: 12.5%;">乳</td> </tr> <tr> <td></td> <td>食道/胃</td> <td>十二指腸乳頭</td> <td>腸</td> <td>肝</td> <td>胆道</td> <td>膵</td> <td>腎</td> <td>副腎</td> </tr> <tr> <td></td> <td>膀胱/尿管</td> <td>前立腺</td> <td>精巣</td> <td>陰茎</td> <td>子宮</td> <td>子宮頸部</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td></td> <td>卵巣/卵管</td> <td>膣</td> <td>皮膚</td> <td>骨</td> <td>軟部組織</td> <td>腹膜</td> <td>骨髄系</td> <td></td> </tr> <tr> <td></td> <td>リンパ系</td> <td>末梢神経系</td> <td colspan="6">その他（<input style="width: 40%;" type="text"/>）</td> </tr> </table>		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	腸	肝	胆道	膵	腎	副腎		膀胱/尿管	前立腺	精巣	陰茎	子宮	子宮頸部				卵巣/卵管	膣	皮膚	骨	軟部組織	腹膜	骨髄系			リンパ系	末梢神経系	その他（ <input style="width: 40%;" type="text"/> ）					
	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	腸	肝	胆道	膵	腎	副腎																																						
	膀胱/尿管	前立腺	精巣	陰茎	子宮	子宮頸部																																								
	卵巣/卵管	膣	皮膚	骨	軟部組織	腹膜	骨髄系																																							
	リンパ系	末梢神経系	その他（ <input style="width: 40%;" type="text"/> ）																																											
重複がん	無 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 不明 <input type="checkbox"/>																																													
重複がんの部位	<table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 12.5%;"></td> <td style="width: 12.5%;">中枢神経系/脳</td> <td style="width: 12.5%;">頭頸部</td> <td style="width: 12.5%;">眼</td> <td style="width: 12.5%;">肺</td> <td style="width: 12.5%;">胸膜</td> <td style="width: 12.5%;">胸腺</td> <td style="width: 12.5%;">甲状腺</td> <td style="width: 12.5%;">乳</td> </tr> <tr> <td></td> <td>食道/胃</td> <td>十二指腸乳頭</td> <td>腸</td> <td>肝</td> <td>胆道</td> <td>膵</td> <td>腎</td> <td>副腎</td> </tr> <tr> <td></td> <td>膀胱/尿管</td> <td>前立腺</td> <td>精巣</td> <td>陰茎</td> <td>子宮</td> <td>子宮頸部</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td></td> <td>卵巣/卵管</td> <td>膣</td> <td>皮膚</td> <td>骨</td> <td>軟部組織</td> <td>腹膜</td> <td>骨髄系</td> <td></td> </tr> <tr> <td></td> <td>リンパ系</td> <td>末梢神経系</td> <td colspan="6">その他（<input style="width: 40%;" type="text"/>）</td> </tr> </table>		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	腸	肝	胆道	膵	腎	副腎		膀胱/尿管	前立腺	精巣	陰茎	子宮	子宮頸部				卵巣/卵管	膣	皮膚	骨	軟部組織	腹膜	骨髄系			リンパ系	末梢神経系	その他（ <input style="width: 40%;" type="text"/> ）					
	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	腸	肝	胆道	膵	腎	副腎																																						
	膀胱/尿管	前立腺	精巣	陰茎	子宮	子宮頸部																																								
	卵巣/卵管	膣	皮膚	骨	軟部組織	腹膜	骨髄系																																							
	リンパ系	末梢神経系	その他（ <input style="width: 40%;" type="text"/> ）																																											
重複がんの活動性	活動性 <input type="checkbox"/> 非活動性 <input type="checkbox"/> 不明 <input type="checkbox"/>																																													
多発がん	無 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 不明 <input type="checkbox"/>																																													
多発がんの活動性	活動性 <input type="checkbox"/> 非活動性 <input type="checkbox"/> 不明 <input type="checkbox"/>																																													

検査情報 →がん種区分で肺・乳・食道/胃・腸・皮膚を選択した場合に記入してください。

がん種区分：【肺】の場合

EGFR	陰性	陽性	判定不能	不明or未検査
EGFR-type	G719 L858R	exon-19欠失 L861Q	S768I その他 ()	T790M exon-20挿入 不明
EGFR-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
ALK-検査方法	IHCのみ RT-PCR+FISH	FISHのみ その他	IHC+FISH 不明	RT-PCRのみ
ROS1	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
PD-L1 (IHC)	陰性	陽性	判定不能	不明or未検査
PD-L1(IHC) -検査方法	Nivolumab/Dako28-8 (BMS/小野)		Pembrolizumab/Dako22C3(Merck) その他	
PD-L1(IHC)-陽性率	陽性率	%		
アスベスト曝露歴	無	有	不明	

がん種区分：【乳】の場合

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
gBRCA2	陰性	陽性	判定不能	不明or未検査

がん種区分：【食道/胃】または【腸】の場合

KRAS	陰性	陽性	判定不能	不明or未検査
KRAS-type	codon12 codon117	codon13 codon146	codon59	codon61
KRAS-検査方法	PCR-rSSO法	その他	不明	
NRAS	陰性	陽性	判定不能	不明or未検査
NRAS-type	codon12 codon117	codon13 codon146	codon59	codon61
NRAS-検査方法	PCR-rSSO法	その他	不明	
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
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

がん種区分：【皮膚】の場合

BRAF (V600)	陰性	陽性	判定不能	不明or未検査
-------------	----	----	------	---------

薬物療法情報

1次治療	レジメン名または 投与薬剤名	【 】
	投与期間	【西暦 年 月 日～ 年 月 日】
	終了理由	1.計画通り終了 2.無効中止 3.副作用等で中止 4.本人希望で中止 5.その他理由で中止 6.不明
	最良総合効果	CR PR SD PD NE
	Grade3以上 有害事象	無 有 →下欄に記載 CTCAEv5.0名称日本語: 最悪Grade:【 】、発現日:【西暦 年 月 日】
2次治療	レジメン名または 投与薬剤名	【 】
	投与期間	【西暦 年 月 日～ 年 月 日】
	終了理由	1.計画通り終了 2.無効中止 3.副作用等で中止 4.本人希望で中止 5.その他理由で中止 6.不明
	最良総合効果	CR PR SD PD NE
	Grade3以上 有害事象	無 有 →下欄に記載 CTCAEv5.0名称日本語: 最悪Grade:【 】、発現日:【西暦 年 月 日】
3次治療	レジメン名または 投与薬剤名	【 】
	投与期間	【西暦 年 月 日～ 年 月 日】
	終了理由	1.計画通り終了 2.無効中止 3.副作用等で中止 4.本人希望で中止 5.その他理由で中止 6.不明
	最良総合効果	CR PR SD PD NE
	Grade3以上 有害事象	無 有 →下欄に記載 CTCAEv5.0名称日本語: 最悪Grade:【 】、発現日:【西暦 年 月 日】
4次治療	レジメン名または 投与薬剤名	【 】
	投与期間	【西暦 年 月 日～ 年 月 日】
	終了理由	1.計画通り終了 2.無効中止 3.副作用等で中止 4.本人希望で中止 5.その他理由で中止 6.不明
	最良総合効果	CR PR SD PD NE
	Grade3以上 有害事象	無 有 →下欄に記載 CTCAEv5.0名称日本語: 最悪Grade:【 】、発現日:【西暦 年 月 日】
5次治療以降	(※1～4次治療と同様の内容をご記入ください)	