

# がん遺伝子パネル検査申込書

見本

病院名： ●●病院

診療科： 外科

担当医師名： ○○ ○○

連絡先： 000-123-4567

作成日： 2023年1月1日

患者基本情報	
フリガナ	ヤマナシ タロウ
患者氏名	山梨 太郎
性別	<input type="checkbox"/> 男性 <input checked="" type="checkbox"/> 女性 <input type="checkbox"/> 不明
生年月日	(西暦) 2001 (年) 1 (月) 10 (日)
住所	〒409-3898 山梨県中央市下河東 1110
電話番号	055-273-1111
当院受診歴	<input type="checkbox"/> 有 (ID がお分かりでしたらご入力ください： ) <input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 不明
受診日について	ご都合の悪い日のみご入力ください (土日祝日を除く) <input checked="" type="checkbox"/> いつでもよい

原発巣がん種情報	
がん種	<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 checked="" 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 (皮下) <input type="checkbox"/> 腹膜 <input type="checkbox"/> 髄膜 <input type="checkbox"/> 骨髄 <input type="checkbox"/> 末梢神経 <input type="checkbox"/> リンパ節・リンパ管 <input type="checkbox"/> 血液 <input type="checkbox"/> 原発不明 <input type="checkbox"/> その他 (詳細： ) ]
小児がん等	<input checked="" type="checkbox"/> 該当しない <input type="checkbox"/> 該当する
現在の臨床病期 (UICC8 版)	<input type="checkbox"/> stage I <input type="checkbox"/> stage II <input type="checkbox"/> stage III <input checked="" type="checkbox"/> stage IV <input type="checkbox"/> 該当なし

## 希望する検査種別

検査種別 (複数選択可)	<input type="checkbox"/> OncoGuide™ NCC オンコパネル システム 【腫瘍組織 (FFPE) +末梢全血】 <input checked="" type="checkbox"/> FoundationOne® CDx がんゲノムプロファイル 【腫瘍組織 (FFPE) 】 <input type="checkbox"/> GenMineTOP がんゲノムプロファイリングシステム 【腫瘍組織 (FFPE) +末梢全血】 <input type="checkbox"/> FoundationOne® Liquid CDx がんゲノムプロファイル 【末梢全血】 <input type="checkbox"/> Guardant360® CDx がん遺伝子パネル 【末梢全血】 <b>※当院での病理検体の評価で最終判断いたします。ご希望に沿えない場合がございますが、ご了承ください※</b>
-----------------	--

## がん遺伝子パネル検査 保険適応チェックリスト

- 悪性腫瘍 (固形癌) と診断されている
- 直近 PS が 0 または 1 である
- 現在入院しておらず、当院外来受診が可能である
- 予後 3 か月以上の見込みがある
- 本検査終了後、臨床試験・適応外治療薬の使用へ進める見込みがある
- 治癒・切除不能または再発病変であり、以下のいずれかの条件に該当する
  - 標準治療が終了している
  - 標準治療が終了見込みである
  - 標準治療がない (希少がん)
  - 原発不明がん

**※すべて該当することをご確認ください**

- 提出・持出可能な病理組織検体がある (3 年以内推奨) または再生検可能である  
(必ず貴院の病理担当者へご確認ください。血液検体での検査が適応となる可能性がございます)

ご協力ありがとうございました。

この FAX には個人情報等の機密情報が含まれており、山梨大学医学部附属病院宛に送付される書類です。  
誤って届いた際は、お手数ですが紹介元医療機関にご連絡下さいますようお願い申し上げます。

お問い合わせ がん相談支援センター TEL : 055-273-8093