

四国がんセンター がんゲノム医療外来 申込書

FAX 番号 089-999-1115

年 月 日

がんゲノムプロファイリング検査の種類によっては採血が必要であったり、検査の結果がご家族や血縁者に影響する場合がありますため、「がんゲノム医療外来」にはご本人ならびにご家族の来院が必要です。申込書を記載の上、かかりつけ医療機関から当院地域医療連携室に予約を取ってもらってください。

申し込み者 記入欄（太枠内についてご記入下さい）

申込者(相談者) 住所 〒 _____	
フリガナ _____	
申込者(相談者) 氏名 _____ 患者との続柄 本人、家族（続柄 _____）	
患者さんの氏名、性別	フリガナ _____ _____ 様（男 女）
患者さんの生年月日(年齢)	_____年 _____月 _____日生（ _____歳）
患者さんの住所 <input type="checkbox"/> 申込者に同じ	〒 _____
外来当日に同席されるご家族の続柄	* 外来当日は、原則ご家族の同席をお願いしています。 <input type="checkbox"/> 配偶者 <input type="checkbox"/> 親 <input type="checkbox"/> 兄弟姉妹 <input type="checkbox"/> 子 <input type="checkbox"/> その他（ _____ ）
病名 (おわかりになる範囲で)	_____
受診内容	がんゲノムプロファイリング検査について
ご予約の都合のつかない日等	* 医師の都合を確認し、かかりつけ医に予約日を連絡させていただきます
現在かかっている医療機関と主治医名	_____ 病院 医院 _____ 科 _____ 先生

かかりつけ医療機関 記入欄（太枠内についてご記入下さい）

検体の有無	<input type="checkbox"/> 有 * 「検体情報チェックリスト」をご提出ください <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 不明 * 検査を受けない場合にも病理診断費用が別途必要になる可能性があることを患者様にご説明ください
検体送付予定日	_____年 _____月 _____日 * 予約日決定の参考にさせていただきます。検体は地域医療連携室にご送付ください。

四国がんセンター記入欄

診療科担当医師名	_____ 科 _____ 医師（PHS _____）	予約日時
がんゲノム担当医師名	_____ 科 _____ 医師（PHS _____）	予約日時
担当コーディネーター名	看護師・検査技師・ 薬剤師・遺伝カウンセラー _____（PHS _____）	

家族歴問診票
がんゲノム外来

氏名: _____ 様

一部のがんの発症には、遺伝的要因が関与しています。がん遺伝子パネル検査の結果検討にあたり、家族歴の情報も重要です。差し支えなければ、わかる範囲でご記入ください。

- ※ 血縁者の方のみ、ご記入ください。
 ※ 亡くなられた方もご記入ください。
 ※ 乳がんの場合は片側又は両側、子宮がんの場合は体がん又は頸がんかご記入ください。

質問 1: 血縁者の中に「がん」と診断された人はいますか？ いない いる
 → 「いる」と答えられた方は下記(質問2～)の記入をお願いします。

質問2: **ご両親**は「がん」と診断されたことはありますか？

続柄	がんの種類	診断された年齢
父		_____ 歳 ・ 不明
母		_____ 歳 ・ 不明

質問3: あなたに**兄弟・姉妹**はいますか？ いない いる
 おられる場合、あなたを除いて何人いますか？ 男: _____ 人、女: _____ 人
 その中で「がん」と診断されたことがある方がいれば、ご記入ください

続柄	がんの種類	診断された年齢
		_____ 歳 ・ 不明
		_____ 歳 ・ 不明
		_____ 歳 ・ 不明
		_____ 歳 ・ 不明
		_____ 歳 ・ 不明

質問4: あなたに**子ども・孫**はいますか？おられる場合、何人ですか？

【子ども】 いない いる → 男: _____ 人、女: _____ 人

【孫】 いない いる → 男: _____ 人、女: _____ 人

その中で「がん」と診断されたことがある方がいれば、ご記入ください

続柄	がんの種類	診断された年齢
		_____ 歳 ・ 不明
		_____ 歳 ・ 不明
		_____ 歳 ・ 不明
		_____ 歳 ・ 不明
		_____ 歳 ・ 不明

質問5:

あなたのお父さんに兄弟・姉妹はいますか？ いない いる
 おられる場合、お父さんを除いて何人いますか？ 男: _____ 人、女: _____ 人

あなたのお母さんに兄弟・姉妹はいますか？ いない いる
 おられる場合、お母さんを除いて何人いますか？ 男: _____ 人、女: _____ 人

次ページに続きます

氏名： 様

質問6: 父方の血縁者(祖父母、おじ・おば・いとこ)に「がん」と診断されたことがある方が
いれば、ご記入ください

続柄	がんの種類	診断された年齢
		____ 歳 ・ 不明
		____ 歳 ・ 不明
		____ 歳 ・ 不明
		____ 歳 ・ 不明
		____ 歳 ・ 不明
		____ 歳 ・ 不明

質問7: 母方の血縁者(祖父母、おじ・おば・いとこ)に「がん」と診断されたことがある方が
いれば、ご記入ください

続柄	がんの種類	診断された年齢
		____ 歳 ・ 不明
		____ 歳 ・ 不明
		____ 歳 ・ 不明
		____ 歳 ・ 不明
		____ 歳 ・ 不明
		____ 歳 ・ 不明

質問8: あなたの甥や姪に「がん」と診断されたことがある方がいれば、ご記入ください

続柄	がんの種類	診断された年齢
		____ 歳 ・ 不明
		____ 歳 ・ 不明
		____ 歳 ・ 不明
		____ 歳 ・ 不明
		____ 歳 ・ 不明
		____ 歳 ・ 不明

上記で書ききれなかった場合や、血縁者で気になる病気がある場合はこちらにご記入
ください。

2019年8月 作成

C-CAT登録 記入用紙【紹介元記入分】

症例基本情報	貴施設名			
	患者氏名			
	これまでC-CATへの登録の有無	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> 不明		
	→過去の登録がある場合 過去の登録ID (10桁)		重複がんや別施設による再検査の場合 例) EC00000523	
	症例関係区分	<input type="checkbox"/> 重複がん <input type="checkbox"/> 前医からの転院フォロー <input type="checkbox"/> 前医実施後再検査 <input type="checkbox"/> その他	過去登録の関係性	
がん種別情報	がん種区分 肺の場合	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	
		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	
		EGFR検査方法	<input type="checkbox"/> CobasV2 <input type="checkbox"/> Therascreen <input type="checkbox"/> その他 <input type="checkbox"/> 不明	
		EGFR-TK1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	
		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	
		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	
		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	
		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	
		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	
		PD-L1 (IHC) 陽性率	%	
		アスベスト暴露率	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> 不明	
		がん種区分 乳の場合	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 (HISH)		<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/ がん種区分 腸の場合	KRAS	<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	<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	<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	
		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	
	がん種区分 対する直近の 情報	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		自由記載 半角30文字まで
		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		自由記載 半角30文字まで
	がん種区分 皮膚の場合	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	

これまでの薬物療法

薬物療法1 (EP前)	治療ライン1	治療ライン	<input type="checkbox"/> 1次治療 <input type="checkbox"/> 2次治療 <input type="checkbox"/> 3次治療 <input type="checkbox"/> 4次治療 <input type="checkbox"/> 5次治療以降 <input type="checkbox"/> 不明		
		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"/> その他		
		実施施設	<input type="checkbox"/> 自施設 <input type="checkbox"/> 他施設		
		レジメン名		自由記載 全角換算100文字まで	
		薬剤名		自由記載 全角換算100文字まで	
		投薬時点の薬剤承認状況	<input type="checkbox"/> 適応内 <input type="checkbox"/> 適応外 <input type="checkbox"/> 未承認 (治験薬)		
		レジメン名内容変更情報		自由記載 全角換算100文字まで	
		投与開始日	年 月 日	不明部分は、2018/11/99、2015/99/99	
		投与終了日	年 月 日	不明部分は、2018/11/99、2015/99/99	
		継続中	<input type="checkbox"/> 継続中	該当すればチェック	
		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	<input type="checkbox"/> CR <input type="checkbox"/> PR <input type="checkbox"/> SD <input type="checkbox"/> PD <input type="checkbox"/> NE		
		治療ライン1に対する有害事象1	Grade3以上有害事象の有無	<input type="checkbox"/> Grade3以上なし <input type="checkbox"/> Grade3以上あり	
			発現日	年 月 日	不明部分は、2018/11/99、2015/99/99
CTCAEv5.0名称日本語			CTCAE v5.0有害事象の基準を参照		
CTCAEv5.0最悪Grade	<input type="checkbox"/> Grade3 <input type="checkbox"/> Grade4 <input type="checkbox"/> Grade5 <input type="checkbox"/> 不明				
薬物療法2 (EP前)	治療ライン2	治療ライン	<input type="checkbox"/> 1次治療 <input type="checkbox"/> 2次治療 <input type="checkbox"/> 3次治療 <input type="checkbox"/> 4次治療 <input type="checkbox"/> 5次治療以降 <input type="checkbox"/> 不明		
		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"/> その他		
		実施施設	<input type="checkbox"/> 自施設 <input type="checkbox"/> 他施設		
		レジメン名		自由記載 全角換算100文字まで	
		薬剤名		自由記載 全角換算100文字まで	
		投薬時点の薬剤承認状況	<input type="checkbox"/> 適応内 <input type="checkbox"/> 適応外 <input type="checkbox"/> 未承認 (治験薬)		
		レジメン名内容変更情報		自由記載 全角換算100文字まで	
		投与開始日	年 月 日	不明部分は、2018/11/99、2015/99/99	
		投与終了日	年 月 日	不明部分は、2018/11/99、2015/99/99	
		継続中	<input type="checkbox"/> 継続中	該当すればチェック	
		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	<input type="checkbox"/> CR <input type="checkbox"/> PR <input type="checkbox"/> SD <input type="checkbox"/> PD <input type="checkbox"/> NE		
		治療ライン2に対する有害事象2	Grade3以上有害事象の有無	<input type="checkbox"/> Grade3以上なし <input type="checkbox"/> Grade3以上あり	
			発現日	年 月 日	不明部分は、2018/11/99、2015/99/99
CTCAEv5.0名称日本語			CTCAE v5.0有害事象の基準を参照		
CTCAEv5.0最悪Grade	<input type="checkbox"/> Grade3 <input type="checkbox"/> Grade4 <input type="checkbox"/> Grade5 <input type="checkbox"/> 不明				

薬物療法3 (EP前)	治療ライン3	治療ライン	<input type="checkbox"/> 1次治療 <input type="checkbox"/> 2次治療 <input type="checkbox"/> 3次治療 <input type="checkbox"/> 4次治療 <input type="checkbox"/> 5次治療以降 <input type="checkbox"/> 不明	
		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"/> その他	
		実施施設	<input type="checkbox"/> 自施設 <input type="checkbox"/> 他施設	
		レジメン名		自由記載 全角換算100文字まで
		薬剤名		自由記載 全角換算100文字まで
		投薬時点の薬剤承認状況	<input type="checkbox"/> 適応内 <input type="checkbox"/> 適応外 <input type="checkbox"/> 未承認 (治験薬)	
		レジメン名内容変更情報		自由記載 全角換算100文字まで
		投与開始日	年 月 日	不明部分は、2018/11/99、2015/99/99
		投与終了日	年 月 日	不明部分は、2018/11/99、2015/99/99
		継続中	<input type="checkbox"/> 継続中	該当すればチェック
		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	<input type="checkbox"/> CR <input type="checkbox"/> PR <input type="checkbox"/> SD <input type="checkbox"/> PD <input type="checkbox"/> NE	
		治療ライン3に対する有害事象3	Grade3以上有害事象の有無	<input type="checkbox"/> Grade3以上なし <input type="checkbox"/> Grade3以上あり
	発現日		年 月 日	不明部分は、2018/11/99、2015/99/99
	CTCAEv5.0名称日本語			CTCAE v5.0有害事象の基準を参照
CTCAEv5.0最悪Grade	<input type="checkbox"/> Grade3 <input type="checkbox"/> Grade4 <input type="checkbox"/> Grade5 <input type="checkbox"/> 不明			
薬物療法4 (EP前)	治療ライン4	治療ライン	<input type="checkbox"/> 1次治療 <input type="checkbox"/> 2次治療 <input type="checkbox"/> 3次治療 <input type="checkbox"/> 4次治療 <input type="checkbox"/> 5次治療以降 <input type="checkbox"/> 不明	
		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"/> その他	
		実施施設	<input type="checkbox"/> 自施設 <input type="checkbox"/> 他施設	
		レジメン名		自由記載 全角換算100文字まで
		薬剤名		自由記載 全角換算100文字まで
		投薬時点の薬剤承認状況	<input type="checkbox"/> 適応内 <input type="checkbox"/> 適応外 <input type="checkbox"/> 未承認 (治験薬)	
		レジメン名内容変更情報		自由記載 全角換算100文字まで
		投与開始日	年 月 日	不明部分は、2018/11/99、2015/99/99
		投与終了日	年 月 日	不明部分は、2018/11/99、2015/99/99
		継続中	<input type="checkbox"/> 継続中	該当すればチェック
		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	<input type="checkbox"/> CR <input type="checkbox"/> PR <input type="checkbox"/> SD <input type="checkbox"/> PD <input type="checkbox"/> NE	
		治療ライン4に対する有害事象4	Grade3以上有害事象の有無	<input type="checkbox"/> Grade3以上なし <input type="checkbox"/> Grade3以上あり
	発現日		年 月 日	不明部分は、2018/11/99、2015/99/99
	CTCAEv5.0名称日本語			CTCAE v5.0有害事象の基準を参照
CTCAEv5.0最悪Grade	<input type="checkbox"/> Grade3 <input type="checkbox"/> Grade4 <input type="checkbox"/> Grade5 <input type="checkbox"/> 不明			

薬物療法5 (EP前)	治療ライン5	治療ライン	<input type="checkbox"/> 1次治療 <input type="checkbox"/> 2次治療 <input type="checkbox"/> 3次治療 <input type="checkbox"/> 4次治療 <input type="checkbox"/> 5次治療以降 <input type="checkbox"/> 不明	
		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"/> その他	
		実施施設	<input type="checkbox"/> 自施設 <input type="checkbox"/> 他施設	
		レジメン名		自由記載 全角換算100文字まで
		薬剤名		自由記載 全角換算100文字まで
		投薬時点の薬剤承認状況	<input type="checkbox"/> 適応内 <input type="checkbox"/> 適応外 <input type="checkbox"/> 未承認 (治験薬)	
		レジメン名内容変更情報		自由記載 全角換算100文字まで
		投与開始日	年 月 日	不明部分は、2018/11/99、2015/99/99
		投与終了日	年 月 日	不明部分は、2018/11/99、2015/99/99
		継続中	<input type="checkbox"/> 継続中	該当すればチェック
		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	<input type="checkbox"/> CR <input type="checkbox"/> PR <input type="checkbox"/> SD <input type="checkbox"/> PD <input type="checkbox"/> NE	
	治療ライン5に対する有害事象5	Grade3以上有害事象の有無	<input type="checkbox"/> Grade3以上なし <input type="checkbox"/> Grade3以上あり	
		発現日	年 月 日	不明部分は、2018/11/99、2015/99/99
CTCAEv5.0名称日本語			CTCAE v5.0有害事象の基準を参照	
CTCAEv5.0最悪Grade		<input type="checkbox"/> Grade3 <input type="checkbox"/> Grade4 <input type="checkbox"/> Grade5 <input type="checkbox"/> 不明		

検体情報チェックリスト

□にし点、もしくは必要事項を記入してください

患者情報

フリガナ

患者名 _____ 性別 _____ 年齢 _____

施設名 _____ 主治医名 _____

検体の種類

自施設にて採取 FFPE ブロック番号： _____

他施設より取り寄せ 施設名： _____

使用された固定液

ホルマリン 不明 ホルマリン以外の固定液
↳ _____

固定液につかるまでの時間

≤60分 >60分 不明

固定時間

<6時間 6~24時間 24~72時間
 >72時間 不明

検体返却先について

※検体は原則、主治医の先生に返却しますが、それ以外の所に返却を希望される場合は、下欄にご記入ください

施設名

住所 〒 _____

部署名

担当者名

電話番号

【書類、検体 送付先ラベル】

書類、検体を送付される際には、以下の宛先にご送付をお願い致します。

〒791-0280 愛媛県松山市南梅本町甲 160 番
四国がんセンター
地域医療連携室『がんゲノム医療外来予約担当』宛

〒791-0280 愛媛県松山市南梅本町甲 160 番
四国がんセンター
地域医療連携室『がんゲノム医療外来予約担当』宛

ご担当の先生へ

国立病院機構四国がんセンター

この度はがんゲノム医療外来へのご紹介、誠に有難うございます。
がんゲノムプロファイリング検査（がん遺伝子パネル検査）を希望される患者さんがおられる場合、以下のチェックリストを用いて適応をご確認いただいた上で、次頁「申し込み手順」に従ってお申し込みをお願いいたします。

◆当院で現在行っているがんゲノムプロファイリング検査

①OncoGuide™ NCC オンコパネル（保険診療）

がんゲノム医療外来：初診料、病理診断費用、検査費用 56,000 点
（初診時 44,000 点、結果説明時 12,000 点）

②FoundationOne® がんゲノムプロファイル（保険診療）

がんゲノム医療外来：初診料、病理診断費用、検査費用 56,000 点
（初診時 44,000 点、結果説明時 12,000 点）

③FoundationOne® Liquid がんゲノムプロファイル（保険診療）

がんゲノム医療外来：初診料、病理診断費用、検査費用 56,000 点
（初診時 44,000 点、結果説明時 12,000 点）

④Guardant360（自費診療）

がんゲノム医療外来（自費）10,000 円＋消費税、検査費用 400,000 円＋消費税 等

⑤自費 FoundationOne® がんゲノムプロファイル（自費診療）

がんゲノム医療外来（自費）10,000 円＋消費税、検査費用 560,000 円＋消費税 等

⑥PleSSision（自費診療）

がんゲノム医療外来（自費）10,000 円＋消費税、検査費用 510,000 円＋消費税 等

◆保険診療でのがんゲノムプロファイリング検査チェックリスト

- 原則 16 歳以上
- PS=0 もしくは 1
 - PS=0：まったく問題なく活動できる。発症前と同じ日常生活が制限なく行える。
 - PS=1：肉体的に激しい活動は制限されるが、歩行可能で、軽作業や座っての作業は行うことができる。
 - 例：軽い家事、事務作業
- 予後 3 カ月以上が見込まれる
- 結果説明（1 カ月半-2 カ月後）のため、当院外来に受診可能と見込まれる
- 悪性固形腫瘍と診断されている
- 提出できる腫瘍組織検体があるもしくは再生検が可能である
- 治癒切除不能または再発の病変を有し以下のいずれかの条件に該当する
 - 原発不明がん
 - 標準治療がない（希少がん）
 - 標準治療が終了している
 - 標準治療の終了が見込まれる
- （検査結果により推奨される）治験・臨床試験・適応外使用等へ進める見込みがある方

◆がんゲノムプロファイリング検査を受けられる場合の留意点

がんゲノム医療は保険診療となりましたが、適応のある方は限られ、また実際の治療に結び付く方も多くはないのが現状です。患者さんには、この点について十分説明させていただいた後に検査へ進みますが、事前に下記項目について貴院でも確認くださいますようお願い申し上げます。

- がんゲノムプロファイリング検査は、治療経過や患者さんの健康状態によっては保険診療で行えない場合があります。事前判断はできないため、四国がんセンターに受診され、診察をお受けいただいた後に決定します。
- 保険診療の適応とならない場合も、自費診療での検査は可能です。可能な検査について、診察の際にお話させていただきます。
- 検査を受けてから結果をお話できるまでに約 1.5~2 ヶ月かかります。標準治療が終了している患者さんは、予後が厳しいケースも多いため、結果をお待ちいただく間に体調が悪化し、患者さんご自身が結果を聞きに来ることができないこともあります。保険請求の都合上、保険診療でのがんゲノムプロファイリング検査は、結果説明に患者さん自身がお来院いただける方に限らせていただいております。
- 上記金額に検査後の治療費は含まれておりません。
- 検査の結果、治療に結びつく可能性がある方は 1 割です。また、効く可能性がある薬剤が見つかって、保険適応外のことがあり、保険適応外の薬剤を用いる場合には、高額な薬剤費を含めた治療費が必要となる可能性があります。
- 検査後の治療に関して、該当する治験等がない場合は、原則紹介医にお願いしております。
- 上記について、お話をさせていただくにあたり、原則ご家族の方に同席いただくようお願いしております。

申し込み手順

必要書類は当院のホームページよりダウンロード可能です。

手順 1) 書類を地域医療連携室へ FAX (089-999-1115) で送付し、お申し込みください。

- ① がんゲノム医療外来申込書（患者さんが記入）
- ② 家族歴問診票（患者さんが記入）
- ③ 診療情報提供書（医師が記入：当該診療科宛・がんゲノム外来宛）
- ④ C-CAT 登録 記入用紙【紹介元記入分】（医師が記入）
- ⑤ 検体情報チェックリスト（医師が記入）
- ⑥ 病理診断報告書

手順 2) 書類原本・検体を、受診予約日までに配達記録の残る方法で郵送してください。

- ①~⑥の原本
- ⑦ ホルマリン固定パラフィン包埋（FFPE）標本ブロック（①がんゲノム医療外来申込書に検体の有無を記載してください）

※がんゲノム担当医の調整が必要な為、予約完了のお返事は翌診療日以降になります。

検体の準備は紹介医にお願いしております。ご理解ご協力を賜りますようよろしくお願いいたします。

- 検体は腫瘍細胞が多く含まれている部位を選択してください。
（腫瘍細胞含有率 20%以上、可能ならば 50%以上）
- 中性緩衝ホルマリン以外のホルマリン（緩衝作用のないホルマリン、酸性ホルマリン）で固定されたものやホルマリン固定時間が長いもの（48 時間を超えるもの）、古い検体（5 年以上経過したもの）は核酸の状態が悪く、検査ができない可能性が高くなります。
- ブロック標本のお貸出しが困難な場合は適宜ご連絡ください。
- 上記検体がない場合、新たに検体採取が可能な病変があれば、検査可能な場合もあります。

【申し込み先】

四国がんセンター 地域医療連携室 『がんゲノム医療外来予約担当』
 直通電話番号：089-999-1201 FAX 番号：089-999-1115
 受付時間：8 時 30 分～17 時 15 分（土曜日・日曜日・祝日を除く）
 〒791-0280 愛媛県松山市南梅本町甲 160 番