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るため、「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 □　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。 □配偶者　□親　□兄弟姉妹　□子　□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	□　有　＊「検体情報チェックリスト」をご提出ください □　無　　□　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　　）	

2022/5/2 改訂

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		□なし　□あり　□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		□重複がん　□前医からの転院ﾌｫﾛｰ □前医実施後再検査　□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	□陰性　□陽性　□判定不能　□不明or未検査	
		EGFR-type	□G719　□exon-19欠失　□S768I　□T790M □exon-20挿入　□L858R　□L861Q　□その他　□不明	
		EGFR検査方法	□CobasV2　□Therascreen　□その他　□不明	
		EGFR-TK1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　□FISHのみ　□IHC+FISH　□RT-PCRのみ □RT-PCR+FISH　□その他　□不明	
		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　□不明	
		PD-L1(IHC) 陽性率	%	
		アスベスト暴露率	□なし　□あり　□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 (HISH)	□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or腸の場合	KRAS	□陰性　□陽性　□判定不能　□不明or未検査	
		KRAS-type	□codon12　□codon13　□codon59　□codon61　□codon117 □codon146　□不明	
		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　□codon13　□codon59　□codon61　□codon117 □codon146　□不明	
		NRAS-検査方法	□PCR-ｒSSO法　□その他　□不明	
		HER2	□陰性　□陰性(1+)　□境界域(2+)　□陽性(3+) □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	
	がん遺伝子パネル検査に対する直近の情報	HBsAg	□陰性　□陽性　□判定不能　□不明or未検査	
		HBs抗体	□陰性　□陽性　□判定不能　□不明or未検査	
		HBV-DNA		自由記載　半角30文字まで
		HCV抗体	□低　□中　□高　□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)	□陰性　□陽性　□判定不能　□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	□１次治療　□２次治療　□３次治療　□４次治療 □５次治療以降　□不明	
		実施目的	□術前補助療法　□術後補助療法　□根治　□その他	
		実施施設	□自施設　□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	□適応内　□適応外　□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	□継続中	該当すればチェック
		終了理由	□計画通り終了　□無効中止　□副作用等で中止 □本人希望により中止　□その他理由で中止　□不明	
		最良総合効果	□ＣＲ　□ＰＲ　□ＳＤ　□ＰＤ　□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	□Grade3以上なし　□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	□Grade3　□Grade4　□Grade5　□不明	
薬物療法２（ＥＰ前）	治療ライン２	治療ライン	□１次治療　□２次治療　□３次治療　□４次治療 □５次治療以降　□不明	
		実施目的	□術前補助療法　□術後補助療法　□根治　□その他	
		実施施設	□自施設　□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	□適応内　□適応外　□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	□継続中	該当すればチェック
		終了理由	□計画通り終了　□無効中止　□副作用等で中止 □本人希望により中止　□その他理由で中止　□不明	
		最良総合効果	□ＣＲ　□ＰＲ　□ＳＤ　□ＰＤ　□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	□Grade3以上なし　□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	□Grade3　□Grade4　□Grade5　□不明	

薬物療法３（ＥＰ前）	治療ライン３	治療ライン	□１次治療　□２次治療　□３次治療　□４次治療 □５次治療以降　□不明	
		実施目的	□術前補助療法　□術後補助療法　□根治　□その他	
		実施施設	□自施設　□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	□適応内　□適応外　□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	□継続中	該当すればチェック
		終了理由	□計画通り終了　□無効中止　□副作用等で中止 □本人希望により中止　□その他理由で中止　□不明	
		最良総合効果	□ＣＲ　□ＰＲ　□ＳＤ　□ＰＤ　□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	□Grade3以上なし　□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	□Grade3　□Grade4　□Grade5　□不明	
薬物療法４（ＥＰ前）	治療ライン４	治療ライン	□１次治療　□２次治療　□３次治療　□４次治療 □５次治療以降　□不明	
		実施目的	□術前補助療法　□術後補助療法　□根治　□その他	
		実施施設	□自施設　□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	□適応内　□適応外　□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	□継続中	該当すればチェック
		終了理由	□計画通り終了　□無効中止　□副作用等で中止 □本人希望により中止　□その他理由で中止　□不明	
		最良総合効果	□ＣＲ　□ＰＲ　□ＳＤ　□ＰＤ　□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	□Grade3以上なし　□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	□Grade3　□Grade4　□Grade5　□不明	

薬物療法５（ＥＰ前）	治療ライン５	治療ライン	□１次治療　□２次治療　□３次治療　□４次治療 □５次治療以降　□不明	
		実施目的	□術前補助療法　□術後補助療法　□根治　□その他	
		実施施設	□自施設　□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	□適応内　□適応外　□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	□継続中	該当すればチェック
		終了理由	□計画通り終了　□無効中止　□副作用等で中止 □本人希望により中止　□その他理由で中止　□不明	
		最良総合効果	□ＣＲ　□ＰＲ　□ＳＤ　□ＰＤ　□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	□Grade3以上なし　□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	□Grade3　□Grade4　□Grade5　□不明	

検体情報チェックリスト

□にレ点、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にご紹介、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と費用

［保険診療］以下をもとに自己負担割合（1-3割）に応じた費用となります

初診時：初診料、検査費用 44,000 点　等

結果説明時：外来受診料、結果説明時12,000 点、遺伝カウンセリング料1,000点　等

① OncoGuide™ NCC オンコパネル
② FoundationOne CDx® がんゲノムプロファイル
③ FoundationOne ® Liquid CDxがんゲノムプロファイル
④ Guardant360® CDxがん遺伝子パネル
⑤ GenMineTOP がんゲノムプロファイリングシステム

［自費診療］初診時：以下①～④のいずれか（税込み金額）
結果説明時：5,500円

① 自費FoundationOne CDx® がんゲノムプロファイル（自費診療）
がんゲノム医療外来受診料　10,000 円＋消費税、検査費用 616,000円　等
② 自費FoundationOne® Liquid CDxがんゲノムプロファイル（自費診療）
がんゲノム医療外来受診料　10,000 円＋消費税、検査費用 616,000円　等
③ Guardant360-LDT（自費診療）
1回目：がんゲノム医療外来（自費）10,000 円＋消費税、検査費用　583,000円　等
2回目：がんゲノム医療外来（自費）10,000 円＋消費税、検査費用　468,600円　等
④ PleSSision（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 561,000 円　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 ヵ月以上が見込まれる
□ 結果説明（1 ヶ月半-2 ヶ月後）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ており、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。四国がんセンターへご紹介くださった患者さんには、充分この点についてお話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ご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 ヵ月かかります。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ご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、治療に結び付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も、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、高額の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）地域医療連携室へ FAX で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。事前にご準備いただくと当日のご記入が不要になります。）
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

を、地域医療連携室 FAX（089-999-1115）にご送付下さい。

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

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致します。
（ご準備いただくのはホルマリン固定パラフィン包埋（FFPE）標本ブロックです。）

■ 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）や、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。

【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

■ 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。

2024/2/21改訂