診　療　情　報　提　供　書

（外来受診）

年　　月　　日

独立行政法人国立病院機構　四国がんセンター

担当医　　科　　殿

住　所

医療機関名

医師名　　印

電　話（　　）　　－　　Fax（　　）　　－

紹介患者	フリガナ			
	氏　　名			
	生年月日	大・昭・平　　年　　月　　日	性 別	男 ・ 女
	住　　所			
	電　　話	（　　）　　－		
受診希望日時		月　　日（　　曜日）　　時　　分		
傷　病　名			当院受診履歴	あり ・ なし
紹 介 目 的				
病 状 経 過				
治 療 経 過				
現在の処方				

保険証情報は保険証またはカルテ表書きの FAX でも結構です。

被保険者氏名		保険者番号	
記号・番号	・		本 ・ 家
事業所又は保険者名			
老人保険番号	・		割
公費等記号番号	・		

この診療情報提供書に記載されている個人情報は、紹介目的のために使用し、他の目的には利用しません。

独立行政法人国立病院機構　四国がんセンター　地域医療連携室

Fax　（０８９）９９９－１１１５

Tel　（０８９）９９９－１２０１

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
がん種情報　※該当する所だけ記入	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　□ｵﾝｺﾏｲﾝDx targe Test ﾏﾙﾁ CDx □F1CDx　□F1Liquid CDx □AmoyDx 肺癌ﾏﾙﾁPCRﾊﾟﾈﾙ □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　□F1CDx　□F1Liquid CDx □ｵﾝｺﾏｲﾝDx Targe Test ﾏﾙﾁ CDx　□AmoyDx 肺癌ﾏﾙﾁPCRﾊﾟﾈﾙ □その他　□不明	
		ROS1	□陰性　□陽性　□判定不能　□不明or未検査	
		ROS1-検査方法	□F1CDx　□F1Liquid CDx　□ｵﾝｺﾏｲﾝDx Targe Test ﾏﾙﾁ CDx □AmoyDx 肺癌ﾏﾙﾁPCRﾊﾟﾈﾙ　□OncoGuide AmoyDx □その他　□不明	
		BRAF(V600)	□陰性　□陽性　□判定不能　□不明or未検査	
		BRAF(V600)-検査方法	□ｵﾝｺﾏｲﾝDx Targe Test ﾏﾙﾁ CDx　□AmoyDx 肺癌ﾏﾙﾁPCRﾊﾟﾈﾙ □その他　□不明	
		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) □SP142　□SP263（術後補助療法）　□その他　□不明	
		PD-L1(IHC) 陽性率	%	
		MET遺伝子ｴｸｿﾝ14ｽｷｯﾋﾟﾝｸﾞ変異	□陰性　□陽性　□判定不能　□不明or未検査	
		KRAS G12C遺伝子変異	□陰性　□陽性　□判定不能　□不明or未検査	
		KRAS G12C遺伝子変異-検査方法	□therascreen　□その他　□不明	
		RET融合遺伝子	□陰性　□陽性　□判定不能　□不明or未検査	
		RET融合遺伝子-検査方法	□ｵﾝｺﾏｲﾝDx Targe Test ﾏﾙﾁ CDx　□その他　□不明	
		アスベスト暴露率	□なし　□あり　□不明	

がん種情報 ※該当する所だけ記入	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	
		BRCA1	□陰性　□陽性　□判定不能　□不明or未検査	
		BRCA1-検査方法	□BRACAnalysis 診断システム　□その他　□不明	
		BRCA2	□陰性　□陽性　□判定不能　□不明or未検査	
		BRCA2-検査方法	□BRACAnalysis 診断システム　□その他　□不明	
		PD-L1タンパク	□陰性　□陽性　□判定不能　□不明or未検査	
		PD-L1タンパク検査方法	□PD-L1 IHC 22C3 pharmDx　□ﾍﾞﾝﾀﾅ OptiView PD-L1(SP142) □その他　□不明	
		ERBB2コピー数異常	□陰性　□equivocal　□陽性　□判定不能　□不明or未検査	
		ERBB2コピー数異常 -検査方法	□F1CDｘ　□その他　□不明	
	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　□MEBGEN RASKET-B キット □OncoBEAM RAS CRC キット　□F1CDx　□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　□MEBGEN RASKET-B キット □OncoBEAM RAS CRC キット　□F1CDx　□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	
		HER2タンパク検査方法	□ﾍﾞﾝﾀﾅ ultraView ﾊﾟｽｳｪｰ HER2(4B5)　□その他　□不明	
		HER2遺伝子増幅（ISH法）検査方法	□ﾊﾟｽﾋﾞｼﾞｮﾝHER-2DNA ﾌﾟﾛｰﾌﾞｷｯﾄ　□その他　□不明or未検査	
		HER2遺伝子増幅（ISH法）	□陰性　□equivocal　□陽性　□判定不能	
		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	
		BRAF(V600) -検査方法	□MEBGEN RASKET- Bｷｯﾄ　□therascreen　□その他　□不明	
	がん種区分・肝の場合	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	□陰性　□陽性　□判定不能　□不明or未検査	
		BRAF遺伝子変異- 検査方法	□ｺﾊﾞｽ BRAF V600 変異検出ｷｯﾄ　□F1CDx　□THxID BRAFｷｯﾄ □MEBGEN BRAF ｷｯﾄ　□その他　□不明	
		BRAF-type	□V600E　□V600K　□判定不能　□不明or未検査	

がん種情報 ※該当する所だけ記入	がん種区分・唾液腺の場合	HER2遺伝子増幅	□陰性　□equivocal　□陽性　□判定不能　□不明or未検査	
		HER2遺伝子増幅　検査方法	□ﾍﾞﾝﾀﾅ DISH HER2ｷｯﾄ　□その他　□不明	
		HER2タンパク	□陰性　□陽性　□判定不能　□不明or未検査	
		HER2タンパク-検査方法	□ﾍﾞﾝﾀﾅ ultraView ﾊﾟｽｳｪｰ HER2(4B5)　□その他　□不明	
	がん種区分・甲状腺の場合	RET融合遺伝子	□陰性　□陽性　□判定不能　□不明or未検査	
		RET融合遺伝子-検査方法	□ｵﾝｺﾏｲﾝDx Target Test ﾏﾙﾁCDx　□その他　□不明	
		RET遺伝子変異	□陰性　□陽性　□判定不能　□不明or未検査	
		RET遺伝子変異-検査方法	□ｵﾝｺﾏｲﾝDx Target Test ﾏﾙﾁCDx　□その他　□不明	
	がん種区分・胆道の場合	FGFR2融合遺伝子	□陰性　□陽性　□判定不能　□不明or未検査	
		FGFR2融合遺伝子-　検査方法	□F1CDx　□その他　□不明	
	がん種区分・膵臓の場合	BRACA1	□陰性　□陽性　□判定不能　□不明or未検査	
		BRACA1-検査方法	□BRACAnalysis 診断システム　□その他　□不明	
		BRACA2	□陰性　□陽性　□判定不能　□不明or未検査	
		BRACA2-検査方法	□BRACAnalysis 診断システム　□その他　□不明	
	がん種区分・前立腺の場合	BRACA1	□陰性　□陽性　□判定不能　□不明or未検査	
		BRACA1-検査方法	□F1CDx　□F1LiquidCDx　□BRACAnalysis 診断システム □その他　□不明	
		BRACA2	□陰性　□陽性　□判定不能　□不明or未検査	
		BRACA2-検査方法	□F1CDx　□F1LiquidCDx　□BRACAnalysis 診断システム □その他　□不明	
	がん種区分・卵巣／卵管の場合	BRACA1	□陰性　□陽性　□判定不能　□不明or未検査	
		BRACA1-検査方法	□F1CDx □BRACAnalysis 診断システム □myChoice 診断システム　□その他　□不明	
		BRACA2	□陰性　□陽性　□判定不能　□不明or未検査	
		BRACA2-検査方法	□F1CDx □BRACAnalysis 診断システム □myChoice 診断システム　□その他　□不明	
		相同組換え修復欠損	□陰性　□陽性　□判定不能　□不明or未検査	
		相同組換え修復欠損-検査方法	□myChoice 診断システム　□その他　□不明	

これまでの薬物療法

薬物療法実施の有無			□あり　□なし	
治療方針			□企業治験　□医師主導治験　□先進医療　□患者申出療養 □保険診療　□その他	
承認薬併用治験への該当			□該当しない　□該当する	
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　□緩和　□その他	
		実施施設	□自施設　□他施設	
		レジメン名		※可能な限り英数字半角で入力 自由記載　全角換算100文字まで
		薬剤名		※可能な限り英数字半角で入力 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		※可能な限り英数字半角で入力 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	
		増悪確認日	年　月　日	不明部分は、2018/11/99、2015/99/99
	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　□不明	
		発現日	年　月　日	不明部分は、2018/11/99、2015/99/99
		収束日	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　□緩和　□その他	
		実施施設	□自施設　□他施設	
		レジメン名		※可能な限り英数字半角で入力 自由記載　全角換算100文字まで
		薬剤名		※可能な限り英数字半角で入力 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		※可能な限り英数字半角で入力 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	
		増悪確認日	年　月　日	不明部分は、2018/11/99、2015/99/99
	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　□不明	
		発現日	年　月　日	不明部分は、2018/11/99、2015/99/99
		収束日	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　□緩和　□その他	
		実施施設	□自施設　□他施設	
		レジメン名		※可能な限り英数字半角で入力 自由記載　全角換算100文字まで
		薬剤名		※可能な限り英数字半角で入力 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		※可能な限り英数字半角で入力 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	
		増悪確認日	年　月　日	不明部分は、2018/11/99、2015/99/99
	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　□不明	
		発現日	年　月　日	不明部分は、2018/11/99、2015/99/99
		収束日	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　□緩和　□その他	
		実施施設	□自施設　□他施設	
		レジメン名		※可能な限り英数字半角で入力 自由記載　全角換算100文字まで
		薬剤名		※可能な限り英数字半角で入力 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		※可能な限り英数字半角で入力 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	
		増悪確認日	年　月　日	不明部分は、2018/11/99、2015/99/99
	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　□不明	
		発現日	年　月　日	不明部分は、2018/11/99、2015/99/99
		収束日	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　□緩和　□その他	
		実施施設	□自施設　□他施設	
		レジメン名		※可能な限り英数字半角で入力 自由記載　全角換算100文字まで
		薬剤名		※可能な限り英数字半角で入力 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		※可能な限り英数字半角で入力 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	
		増悪確認日	年　月　日	不明部分は、2018/11/99、2015/99/99
	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　□不明	
		発現日	年　月　日	不明部分は、2018/11/99、2015/99/99
		収束日	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

ご担当の先生へ

国立病院機構四国がんセンター

この度はご紹介、誠に有難うございます。
　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、下記のチェックリストを用いて保険適用をご確認いただき、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遺伝子パネル検査

［保険診療］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］

① 自費 FoundationOne® CDxがんゲノムプロファイル（自費診療）
　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）
　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：受診料　10,000 円＋消費税、583,000円　等
　2回目：受診料　10,000 円＋消費税、468,600円　等

◆ 保険診療でのがん遺伝子パネル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：軽い家事等
□ 悪性固形腫瘍と診断されている
□ 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
□ 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
□ （検査結果により推奨される）治験・臨床試験等へ進める見込みがある
□ （腫瘍組織検体での検査の場合）5年以内に採取されたFFPE標本ブロックがある
□ （血液を用いた検査を希望される場合）実質臓器に複数箇所の病変を認め、（抗がん剤治療中の場合）病気の進行を認める

◆ がん遺伝子パネル検査を受けられる場合の留意点

　がん遺伝子パネル検査は保険診療となりましたが、保険適用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。

□ がん遺伝子パネル検査は、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。

□ 保険診療の適用とならない場合も、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、保険診療でのがん遺伝子パネル検査は、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。

□ 上記で示したがん遺伝子パネル検査の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、薬剤が見つかっても、保険適用外のことがあります。保険適用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 診療情報提供書（医師が記入：当該診療科宛）
② C-CAT 登録　記入用紙【紹介元記入分】（医師が記入）
③ 検体情報チェックリスト（医師が記入）
④ 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、当日持参または、配達記録の残る方法で外来担当医あてに郵送してください。

①～④の原本
⑤ ホルマリン固定パラフィン包埋（FFPE）標本ブロック（ある場合）

検体の準備は紹介元の先生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。

■ 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
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

2024年12月改定