

診療情報提供書（がん遺伝子パネル検査用）

令和 年 月 日

北九州市立医療センター
がんゲノム外来 担当医師 宛

紹介元医療機関住所
医療機関名
電話番号
担当医師名

印

■患者情報

フリガナ		生年月日	M・T・S・H・R
患者氏名	男・女 (旧姓)		年 月 日 (歳)
住所			
連絡先	自宅	携帯	

■患者背景情報

病理診断名			
診断日	年 月 日	※一番最初に診断された日を選択してください。 (他施設での診断も含む。CT,PET 可。)	
喫煙歴有無	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> 不明		
喫煙歴有の場合記載	喫煙総年数 年 , 1日の本数 本		
アルコール多飲の有無	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> 不明		
ECOG PS	<input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 不明		

■重複がん

重複がんの有無	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> 不明
原発部位及びその活動性 (活動性 or 非活動性 or 不明) (複数記載可)	
重複がん活動性	<input type="checkbox"/> 活動性 <input type="checkbox"/> 非活動性 <input type="checkbox"/> 不明

■多発がん

多発がんの有無 (同一臓器)	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> 不明
重複がん活動性	<input type="checkbox"/> 活動性 <input type="checkbox"/> 非活動性 <input type="checkbox"/> 不明

■がん種情報

転移の有無	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> 不明
転移の部位 (複数記載可)	

診療情報提供書（がん遺伝子パネル検査用）

■薬物療法

これまで実施した薬物療法について、レジメン毎に記載してください。

レジメン数が多く記載欄が足りない場合は、本紙をコピーしてご使用ください。

レジメン___（___次治療）（記載例：レジメン1（1次治療））

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	記載例：FOLFOX ※治験等の場合はその旨記載ください。			
薬剤名（一般名）	記載例：フルオフルウラシル/エルプラット/ロイコポリン ※治験薬等の場合はその旨記載ください。			
投与開始日	年 月 日			
投与終了日	年 月 日 もしくは <input type="checkbox"/> 継続中			
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"/> その他の理由で中止			
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			
Grade3以上の有害事象が発現した場合、事象ごとに記載	発現日	年 月 日	発現日	年 月 日
	CTCAEv5.0名称		CTCAEv5.0名称	
	発現日	年 月 日	発現日	年 月 日
	CTCAEv5.0名称		CTCAEv5.0名称	

レジメン___（___次治療）（記載例：レジメン1（1次治療））

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	記載例：FOLFOX ※治験等の場合はその旨記載ください。			
薬剤名（一般名）	記載例：フルオフルウラシル/エルプラット/ロイコポリン ※治験薬等の場合はその旨記載ください。			
投与開始日	年 月 日			
投与終了日	年 月 日 もしくは <input type="checkbox"/> 継続中			
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"/> その他の理由で中止			
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			
Grade3以上の有害事象が発現した場合、事象ごとに記載	発現日	年 月 日	発現日	年 月 日
	CTCAEv5.0名称		CTCAEv5.0名称	
	発現日	年 月 日	発現日	年 月 日
	CTCAEv5.0名称		CTCAEv5.0名称	

診療情報提供書（がん遺伝子パネル検査用）

■ 遺伝子検査結果

これまで実施した遺伝子検査がありましたら、全て記載してください。
検査結果の添付をして、本紙の代わりとしていただくこともできます。