

診療情報提供書（がん遺伝子パネル検査用）

令和 年 月 日

【紹介元医療機関】

北九州市立医療センター
がんゲノム外来 担当医師 宛

住 所：
医 療 機 関 名：
電 話 番 号： - -
F A X 番 号： - -
担 当 医 師 名：

■患者情報

フリガナ		生年月日	<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> T <input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/> R
患者氏名	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女 (旧姓)	年 月 日	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"/> あり <input type="checkbox"/> なし <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"/> あり <input type="checkbox"/> なし <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"/> あり <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 不明
原発部位及びその活動性 (活動性・非活動性・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"/> あり <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 不明
多発がん活動性	<input type="checkbox"/> 活動性 <input type="checkbox"/> 非活動性 <input type="checkbox"/> 不明

■がん腫情報

転移の有無	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし <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/エルブラット/ロイコポリン ※治験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	
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			
総合最良効果	<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、 事象毎に記載	発現日	年	月	日
	CTCAEv5.0名称			CTCAEv5.0名称
	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/エルブラット/ロイコポリン ※治験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	
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			
総合最良効果	<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、 事象毎に記載	発現日	年	月	日
	CTCAEv5.0名称			CTCAEv5.0名称
	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）

■薬物療法

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。