

書式1: マルチプレックス遺伝子パネル検査 臨床情報記入用紙

* 先進医療を実施するにあたり、下記の臨床情報をがんゲノム情報管理センター(国立がん研究センター)に登録することが義務付けられています。

患者ID(紹介元)	患者氏名	性別/年齢
		男性・女性 / 歳

項目	↓ご記入ください。	説明
施設名 診療科		
担当医名 (もしくは担当者名)		
病理番号		貴院のFFPEブロックに記載されている番号です。
現在のPS	<input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> その他()	ECOG Performance Statusで記載をお願いします。適応条件はPS 0~1です。
喫煙歴	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり(現在禁煙) <input type="checkbox"/> あり(喫煙中) 喫煙量 本× 年	
家族歴	<input type="checkbox"/> 診療情報提供書に記載のため省略 <input type="checkbox"/> 家系図添付のため省略 <input type="checkbox"/> 父() <input type="checkbox"/> 父方祖父() <input type="checkbox"/> 母() <input type="checkbox"/> 父方祖母() <input type="checkbox"/> きょうだい() <input type="checkbox"/> 母方祖父() <input type="checkbox"/> 子() <input type="checkbox"/> 母方祖母() <input type="checkbox"/> その他()	主にがんや既往症について、記載をお願いします。 記載が複雑となる場合は、別紙で家系図として記載していただいても構いません。
手術歴	<input type="checkbox"/> 診療情報提供書に記載のため省略 手術日、術式、手術目的、その他	手術日、術式、手術目的等の記載をお願いします。
化学療法歴	<input type="checkbox"/> 診療情報提供書に記載のため省略 投与期間、レジメン名、最良効果、中止理由、有害事象、その他 1、 2、 3、 4、	投与期間、レジメン名、最良効果、中止理由、 有害事象(CTCAE Grade 3以上のみ) 、その他(減量情報等)の記載をお願いします。
放射線療法歴	<input type="checkbox"/> 診療情報提供書に記載のため省略 照射期間、部位、量、目的、その他 1、 2、	照射期間、部位、量、目的等の記載をお願いします。
遠隔転移	<input type="checkbox"/> 診療情報提供書に記載のため省略 <input type="checkbox"/> 遠隔転移なし 診断時期、部位、数、その他 1、 2、	診断時期、部位、数等の記載をお願いします。
評価可能病変の部位		評価可能病変があることが、先進医療の適応条件です。