

診療情報提供書（がん遺伝子パネル検査用）

西暦 年 月 日

検査可能な受診者の状態（受診者が必要な状態を満たしている事をご確認下さい）

<input type="checkbox"/> 標準治療終了後（もしくは終了見込み）の固形がんまたは原発不明がん、希少がん				
<input type="checkbox"/> PSが0-1であり、検査開始からおおむね3ヶ月後に化学療法の実施が可能な全身状態である				
<input type="checkbox"/> 3回の当院への外来通院が可能である				
どちらかを チェック <table style="display: inline-table; vertical-align: middle; margin-left: 10px;"> <tr> <td style="font-size: 2em; vertical-align: middle;">{</td> <td style="padding: 0 5px;"><input type="checkbox"/> 既存の組織検体がある</td> </tr> <tr> <td style="font-size: 2em; vertical-align: middle;">}</td> <td style="padding: 0 5px;"><input type="checkbox"/> 組織検体が採取不可、量不足、品質不良であり、血液検査を希望する</td> </tr> </table>	{	<input type="checkbox"/> 既存の組織検体がある	}	<input type="checkbox"/> 組織検体が採取不可、量不足、品質不良であり、血液検査を希望する
{	<input type="checkbox"/> 既存の組織検体がある			
}	<input type="checkbox"/> 組織検体が採取不可、量不足、品質不良であり、血液検査を希望する			

患者情報

患者ID（貴院）		生年月日		年	月	日
ふりがな		性別	<input type="checkbox"/> 男性	<input type="checkbox"/> 女性	<input type="checkbox"/> その他	
患者氏名						
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
喫煙歴	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり	本/日	年間	<input type="checkbox"/> 不明	
アルコール多飲	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり	(目安量)			<input type="checkbox"/> 不明
移植歴	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり				

診療情報

臨床診断名	病理診断名
初回治療前ステージ分類	<input type="checkbox"/> 0期 <input type="checkbox"/> I期 <input type="checkbox"/> II期 <input type="checkbox"/> III期 <input type="checkbox"/> IV期 <input type="checkbox"/> 該当せず <input type="checkbox"/> 不明
診断日*	年 月 日 検体採取日 年 月 日
検体採取方法	<input type="checkbox"/> 生検 <input type="checkbox"/> 手術 <input type="checkbox"/> その他 <input type="checkbox"/> 不明
検体採取部位	<input type="checkbox"/> 原発巣 <input type="checkbox"/> 転移巣 <input type="checkbox"/> 不明 具体的な部位
希望の検査	<input type="checkbox"/> F1 CDx <input type="checkbox"/> GenMineTOP <input type="checkbox"/> NCC OncoPanel <input type="checkbox"/> F1 Liquid CDx <input type="checkbox"/> Guadant360CDx <input type="checkbox"/> 特になし

*当該腫瘍の初回治療前に診断のため行われた検査のうち、がんと診断する根拠となった検査が行われた日をご記入下さい。

重複がん (異なる臓器)	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> 不明	1. 重複がん種： <input type="checkbox"/> 活動性 <input type="checkbox"/> 非活動性 <input type="checkbox"/> 不明 2. 重複がん種： <input type="checkbox"/> 活動性 <input type="checkbox"/> 非活動性 <input type="checkbox"/> 不明 3. 重複がん種： <input type="checkbox"/> 活動性 <input type="checkbox"/> 非活動性 <input type="checkbox"/> 不明
多発がん (同一臓器)	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> 不明	<input type="checkbox"/> 活動性 <input type="checkbox"/> 非活動性 <input type="checkbox"/> 不明
転移臓器	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> 不明	<input type="checkbox"/> 脊髄 <input type="checkbox"/> 脳 <input type="checkbox"/> 眼 <input type="checkbox"/> 口腔 <input type="checkbox"/> 咽頭 <input type="checkbox"/> 喉頭 <input type="checkbox"/> 鼻・副鼻腔 <input type="checkbox"/> 唾液腺 <input type="checkbox"/> 甲状腺 <input type="checkbox"/> 肺 <input type="checkbox"/> 胸膜 <input type="checkbox"/> 胸腺 <input type="checkbox"/> 乳腺 <input type="checkbox"/> 食道 <input type="checkbox"/> 胃 <input type="checkbox"/> 十二乳頭 <input type="checkbox"/> 十二指腸 <input type="checkbox"/> 小腸 <input type="checkbox"/> 虫垂 <input type="checkbox"/> 大腸 <input type="checkbox"/> 肛門 <input type="checkbox"/> 肝 <input type="checkbox"/> 胆道 <input type="checkbox"/> 脾 <input type="checkbox"/> 腎 <input type="checkbox"/> 腎盂 <input type="checkbox"/> 副腎 <input type="checkbox"/> 膀胱 <input type="checkbox"/> 尿管 <input type="checkbox"/> 前立腺 <input type="checkbox"/> 精巣 <input type="checkbox"/> 陰茎 <input type="checkbox"/> 子宮体部 <input type="checkbox"/> 子宮頸部 <input type="checkbox"/> 卵巣/卵管 <input type="checkbox"/> 膈 <input type="checkbox"/> 皮膚 <input type="checkbox"/> 骨 <input type="checkbox"/> 筋肉 <input type="checkbox"/> 軟部組織 <input type="checkbox"/> 腹膜 <input type="checkbox"/> 髄膜 <input type="checkbox"/> 骨髄 <input type="checkbox"/> リンパ節/管 <input type="checkbox"/> 末梢神経 <input type="checkbox"/> 血液 <input type="checkbox"/> 原発不明 <input type="checkbox"/> その他

家族歴

家族歴有無	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> 不明	1. 家族歴 続柄： <input type="checkbox"/> がん種： <input type="checkbox"/> 罹患年齢： <input type="checkbox"/> 2. 家族歴 続柄： <input type="checkbox"/> がん種： <input type="checkbox"/> 罹患年齢： <input type="checkbox"/> 3. 家族歴 続柄： <input type="checkbox"/> がん種： <input type="checkbox"/> 罹患年齢： <input type="checkbox"/>
-------	---	--

がん種情報

固形がん	NTRK1/2/3 融合遺伝子	<input type="checkbox"/> 陰性	<input type="checkbox"/> 陽性	<input type="checkbox"/> 判定不能	<input type="checkbox"/> 不明or未検査		
	NTRK検査方法	<input type="checkbox"/> F1 CDx	<input type="checkbox"/> F1リキッド	<input type="checkbox"/> その他	<input type="checkbox"/> 不明		
	MSI	<input type="checkbox"/> 陰性	<input type="checkbox"/> 陽性	<input type="checkbox"/> 判定不能	<input type="checkbox"/> 不明or未検査		
	MSI検査方法	<input type="checkbox"/> MSIキット (FALCO)	<input type="checkbox"/> F1 CDx	<input type="checkbox"/> G360CDx	<input type="checkbox"/> Idylla MSI Test	<input type="checkbox"/> その他	<input type="checkbox"/> 不明
	MMR	<input type="checkbox"/> pMMR(正常)	<input type="checkbox"/> dMMR(欠損)	<input type="checkbox"/> 判定不能	<input type="checkbox"/> 不明or未検査		
	MMR検査方法	<input type="checkbox"/> ベンタナOptiView2抗体	<input type="checkbox"/> ベンタナOptiView4抗体	<input type="checkbox"/> その他	<input type="checkbox"/> 不明		
	腫瘍遺伝子変異量	<input type="checkbox"/> TMB-High(TMBスコア10mut/Mb以上)	<input type="checkbox"/> その他	<input type="checkbox"/> 不明			
TMB検査方法	<input type="checkbox"/> F1 CDx	<input type="checkbox"/> その他	<input type="checkbox"/> 不明				

※下記のがん腫の場合はがん腫情報を追記してください

肺	EGFR	<input type="checkbox"/> 陰性	<input type="checkbox"/> 陽性	<input type="checkbox"/> 判定不能	<input type="checkbox"/> 不明or未検査				
	EGFR-type	<input type="checkbox"/> G719	<input type="checkbox"/> exon-19欠失	<input type="checkbox"/> S768I	<input type="checkbox"/> T790M	<input type="checkbox"/> exon-20挿入			
		<input type="checkbox"/> L858R	<input type="checkbox"/> L861Q	<input type="checkbox"/> その他	<input type="checkbox"/> 不明				
	EGFR-TKI耐性後 EGFR-T790M	<input type="checkbox"/> 陰性	<input type="checkbox"/> 陽性	<input type="checkbox"/> 判定不能	<input type="checkbox"/> 不明or未検査				
	EGFR検査方法	<input type="checkbox"/> CobasV2	<input type="checkbox"/> Therascreen	<input type="checkbox"/> オンコマイン Dx taeye Test	<input type="checkbox"/> F1 CDx	<input type="checkbox"/> F1 Liquid CDx	<input type="checkbox"/> Amoy Dx 肺癌マルチPCRパネル	<input type="checkbox"/> その他	<input type="checkbox"/> 不明
	ALK融合	<input type="checkbox"/> 陰性	<input type="checkbox"/> 陽性	<input type="checkbox"/> 判定不能	<input type="checkbox"/> 不明or未検査				
	ALK検査方法	<input type="checkbox"/> IHCのみ	<input type="checkbox"/> FISHのみ	<input type="checkbox"/> IHC+FISH	<input type="checkbox"/> RT-PCRのみ	<input type="checkbox"/> RT-PCR+FISH			
		<input type="checkbox"/> F1 CDx	<input type="checkbox"/> F1 Liquid CDx	<input type="checkbox"/> Amoy Dx 肺癌マルチPCRパネル	<input type="checkbox"/> その他	<input type="checkbox"/> 不明			
	ROS1	<input type="checkbox"/> 陰性	<input type="checkbox"/> 陽性	<input type="checkbox"/> 判定不能	<input type="checkbox"/> 不明or未検査				
	ROS1検査方法	<input type="checkbox"/> F1 CDx	<input type="checkbox"/> F1 Liquid CDx	<input type="checkbox"/> オンコマイン Dx taeye Test	<input type="checkbox"/> Amoy Dx 肺癌マルチPCRパネル	<input type="checkbox"/> OncoGuide AmoDx	<input type="checkbox"/> その他	<input type="checkbox"/> 不明	
	BRAF (V600)	<input type="checkbox"/> 陰性	<input type="checkbox"/> 陽性	<input type="checkbox"/> 判定不能	<input type="checkbox"/> 不明or未検査				
	BRAF検査方法	<input type="checkbox"/> オンコマイン Dx taeye Test	<input type="checkbox"/> Amoy Dx 肺癌マルチPCRパネル	<input type="checkbox"/> その他	<input type="checkbox"/> 不明				
	PD-L1	<input type="checkbox"/> 陰性	<input type="checkbox"/> 陽性	<input type="checkbox"/> 判定不能	<input type="checkbox"/> 不明or未検査				
	PD-L1検査方法	<input type="checkbox"/> Nivolumab/Dako28-8(BMS/小野)	<input type="checkbox"/> Nivolumab/Dako28-8(BMS/小野)						
		<input type="checkbox"/> SP142	<input type="checkbox"/> SP263(術後補助療法)	<input type="checkbox"/> その他	<input type="checkbox"/> 不明				
	PD-L1陽性率	%							
	MET exon14 スキッピング	<input type="checkbox"/> 陰性	<input type="checkbox"/> 陽性	<input type="checkbox"/> 判定不能	<input type="checkbox"/> 不明or未検査				
	MET 検査方法	<input type="checkbox"/> ArcherMETコンパニオン診断システム	<input type="checkbox"/> Amoy Dx 肺癌マルチPCRパネル	<input type="checkbox"/> その他	<input type="checkbox"/> 不明				
	KRAS G12C 変異	<input type="checkbox"/> 陰性	<input type="checkbox"/> 陽性	<input type="checkbox"/> 判定不能	<input type="checkbox"/> 不明or未検査				
	KRAS検査方法	<input type="checkbox"/> オンコマイン Dx taeye Test	<input type="checkbox"/> その他	<input type="checkbox"/> 不明					
RET融合遺伝子	<input type="checkbox"/> 陰性	<input type="checkbox"/> 陽性	<input type="checkbox"/> 判定不能	<input type="checkbox"/> 不明or未検査					
RET検査方法	<input type="checkbox"/> オンコマイン Dx taeye Test	<input type="checkbox"/> その他	<input type="checkbox"/> 不明						
アスベスト暴露	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> 不明						
膵癌	gBRCA1	<input type="checkbox"/> 陰性	<input type="checkbox"/> 陽性	<input type="checkbox"/> 判定不能	<input type="checkbox"/> 不明or未検査				
	gBRCA1検査方法	<input type="checkbox"/> BRACAnalysis	<input type="checkbox"/> その他	<input type="checkbox"/> 不明					
	gBRCA2	<input type="checkbox"/> 陰性	<input type="checkbox"/> 陽性	<input type="checkbox"/> 判定不能	<input type="checkbox"/> 不明or未検査				
	gBRCA2検査方法	<input type="checkbox"/> BRACAnalysis	<input type="checkbox"/> その他	<input type="checkbox"/> 不明					
胆道癌	FGFR2融合遺伝子	<input type="checkbox"/> 陰性	<input type="checkbox"/> 陽性	<input type="checkbox"/> 判定不能	<input type="checkbox"/> 不明or未検査				
	FGFR2検査方法	<input type="checkbox"/> F1 CDx	<input type="checkbox"/> その他	<input type="checkbox"/> 不明					

食道 胃 腸	KRAS	<input type="checkbox"/> 陰性 <input type="checkbox"/> 陽性 <input type="checkbox"/> 判定不能 <input type="checkbox"/> 不明or未検査
	KRAS-type	<input type="checkbox"/> codon12 <input type="checkbox"/> codon13 <input type="checkbox"/> codon59 <input type="checkbox"/> codon61 <input type="checkbox"/> codon117 <input type="checkbox"/> codon146 <input type="checkbox"/> 不明
	KRAS検査方法	<input type="checkbox"/> PCR-rSSO法 <input type="checkbox"/> その他 <input type="checkbox"/> 不明
	NRAS	<input type="checkbox"/> 陰性 <input type="checkbox"/> 陽性 <input type="checkbox"/> 判定不能 <input type="checkbox"/> 不明or未検査
	NRAS-type	<input type="checkbox"/> codon12 <input type="checkbox"/> codon13 <input type="checkbox"/> codon59 <input type="checkbox"/> codon61 <input type="checkbox"/> codon117 <input type="checkbox"/> codon146 <input type="checkbox"/> 不明
	NRAS検査方法	<input type="checkbox"/> PCR-rSSO法 <input type="checkbox"/> その他 <input type="checkbox"/> 不明
	HER2	<input type="checkbox"/> 陰性 <input type="checkbox"/> 陰性(1+) <input type="checkbox"/> 境界域(2+) <input type="checkbox"/> 陽性(3+) <input type="checkbox"/> 判定不能 <input type="checkbox"/> 不明or未検査
	HER2検査方法	<input type="checkbox"/> ベンタナ ultraView パスウェー HER2(4B5) <input type="checkbox"/> その他 <input type="checkbox"/> 不明
	EGFR(IHC)	<input type="checkbox"/> 陰性 <input type="checkbox"/> 陽性 <input type="checkbox"/> 判定不能 <input type="checkbox"/> 不明or未検査
	BRAF(V600)	<input type="checkbox"/> 陰性 <input type="checkbox"/> 陽性 <input type="checkbox"/> 判定不能 <input type="checkbox"/> 不明or未検査
BRAF検査方法	<input type="checkbox"/> MEBGEN RASKET-Bキット <input type="checkbox"/> thetascreen <input type="checkbox"/> その他 <input type="checkbox"/> 不明	
乳	HER2 (IHC)	<input type="checkbox"/> 陰性 <input type="checkbox"/> 陰性(1+) <input type="checkbox"/> 境界域(2+) <input type="checkbox"/> 陽性(3+) <input type="checkbox"/> 判定不能 <input type="checkbox"/> 不明or未検査
	HER2(FISH)	<input type="checkbox"/> 陰性 <input type="checkbox"/> equivocal <input type="checkbox"/> 陽性 <input type="checkbox"/> 判定不能 <input type="checkbox"/> 不明or未検査
	ER	<input type="checkbox"/> 陰性 <input type="checkbox"/> 陽性 <input type="checkbox"/> 判定不能 <input type="checkbox"/> 不明or未検査
	PgR	<input type="checkbox"/> 陰性 <input type="checkbox"/> 陽性 <input type="checkbox"/> 判定不能 <input type="checkbox"/> 不明or未検査
	gBRCA1	<input type="checkbox"/> 陰性 <input type="checkbox"/> 陽性 <input type="checkbox"/> 判定不能 <input type="checkbox"/> 不明or未検査
	gBRCA1検査方法	<input type="checkbox"/> BRACAnalysis <input type="checkbox"/> その他 <input type="checkbox"/> 不明
	gBRCA2	<input type="checkbox"/> 陰性 <input type="checkbox"/> 陽性 <input type="checkbox"/> 判定不能 <input type="checkbox"/> 不明or未検査
	gBRCA2検査方法	<input type="checkbox"/> BRACAnalysis <input type="checkbox"/> その他 <input type="checkbox"/> 不明
	PD-L1タンパク	<input type="checkbox"/> 陰性 <input type="checkbox"/> 陽性 <input type="checkbox"/> 判定不能 <input type="checkbox"/> 不明or未検査
	PD-L1検査方法	<input type="checkbox"/> PD-L1 IHC 22C3 pharmDx <input type="checkbox"/> ベンタナ OptiView PD-L1(SP142) <input type="checkbox"/> その他 <input type="checkbox"/> 不明
	ERBB2コピー数異常	<input type="checkbox"/> 陰性 <input type="checkbox"/> equivocal <input type="checkbox"/> 陽性 <input type="checkbox"/> 判定不能 <input type="checkbox"/> 不明or未検査
ERBB2検査方法	<input type="checkbox"/> F1 CDx <input type="checkbox"/> その他 <input type="checkbox"/> 不明	
皮膚癌	BRAF遺伝子変異	<input type="checkbox"/> 陰性 <input type="checkbox"/> 陽性 <input type="checkbox"/> 判定不能 <input type="checkbox"/> 不明or未検査
	BRAF検査方法	<input type="checkbox"/> コバス BRAF V600 変異検出キット <input type="checkbox"/> F1 CDx <input type="checkbox"/> THxID BRAF キット <input type="checkbox"/> MEBGEN BRAF キット <input type="checkbox"/> その他 <input type="checkbox"/> 不明
	BRAF-type	<input type="checkbox"/> V600E <input type="checkbox"/> V600K <input type="checkbox"/> 判定不能 <input type="checkbox"/> 不明or未検査
前立腺癌	gBRCA1	<input type="checkbox"/> 陰性 <input type="checkbox"/> 陽性 <input type="checkbox"/> 判定不能 <input type="checkbox"/> 不明or未検査
	gBRCA1検査方法	<input type="checkbox"/> F1 CDx <input type="checkbox"/> F1 Liquid CDx <input type="checkbox"/> BRACAnalysis <input type="checkbox"/> その他 <input type="checkbox"/> 不明
	gBRCA2	<input type="checkbox"/> 陰性 <input type="checkbox"/> 陽性 <input type="checkbox"/> 判定不能 <input type="checkbox"/> 不明or未検査
	gBRCA2検査方法	<input type="checkbox"/> F1 CDx <input type="checkbox"/> F1 Liquid CDx <input type="checkbox"/> BRACAnalysis <input type="checkbox"/> その他 <input type="checkbox"/> 不明
卵巣癌	gBRCA1	<input type="checkbox"/> 陰性 <input type="checkbox"/> 陽性 <input type="checkbox"/> 判定不能 <input type="checkbox"/> 不明or未検査
	gBRCA1検査方法	<input type="checkbox"/> F1 CDx <input type="checkbox"/> BRACAnalysis <input type="checkbox"/> myChoice診断システム <input type="checkbox"/> その他 <input type="checkbox"/> 不明
	gBRCA2	<input type="checkbox"/> 陰性 <input type="checkbox"/> 陽性 <input type="checkbox"/> 判定不能 <input type="checkbox"/> 不明or未検査
	gBRCA2検査方法	<input type="checkbox"/> F1 CDx <input type="checkbox"/> BRACAnalysis <input type="checkbox"/> myChoice診断システム <input type="checkbox"/> その他 <input type="checkbox"/> 不明
	相同組換え修復欠損 相同組換え修復 欠損-検査方法	<input type="checkbox"/> 陰性 <input type="checkbox"/> 陽性 <input type="checkbox"/> 判定不能 <input type="checkbox"/> 不明or未検査 <input type="checkbox"/> myChoice診断システム <input type="checkbox"/> その他 <input type="checkbox"/> 不明

薬剤療養情報

1st	レジメン名又は薬剤名					
	投与期間	年	月	日	～	年 月 日
	治療方針	<input type="checkbox"/> 企業治験 <input type="checkbox"/> 医師主導治験 <input type="checkbox"/> 先進医療 <input type="checkbox"/> 患者申出療養 <input type="checkbox"/> 保険診療 <input type="checkbox"/> その他				
	実施目的	<input type="checkbox"/> 術前 <input type="checkbox"/> 術後 <input type="checkbox"/> 根治 <input type="checkbox"/> 緩和 <input type="checkbox"/> その他				
	実施施設	<input type="checkbox"/> 自施設 <input type="checkbox"/> 他施設				
	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				
	終了理由	<input type="checkbox"/> 計画通り <input type="checkbox"/> 無効中止 <input type="checkbox"/> 副作用等 <input type="checkbox"/> 本人希望 <input type="checkbox"/> その他の理由 <input type="checkbox"/> 不明				
	有害事象	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> 不明				
	発症日(ありの場合)	年	月	日		
	CTCAEv5.0 (ありの場合)					
	最悪Grade (ありの場合)	<input type="checkbox"/> Grade1 <input type="checkbox"/> Grade2 <input type="checkbox"/> Grade3 <input type="checkbox"/> Grade4 <input type="checkbox"/> Grade5 <input type="checkbox"/> 不明				
	追記事項					
	2nd	レジメン名又は薬剤名				
投与期間		年	月	日	～	年 月 日
治療方針		<input type="checkbox"/> 企業治験 <input type="checkbox"/> 医師主導治験 <input type="checkbox"/> 先進医療 <input type="checkbox"/> 患者申出療養 <input type="checkbox"/> 保険診療 <input type="checkbox"/> その他				
実施目的		<input type="checkbox"/> 術前 <input type="checkbox"/> 術後 <input type="checkbox"/> 根治 <input type="checkbox"/> 緩和 <input type="checkbox"/> その他				
実施施設		<input type="checkbox"/> 自施設 <input type="checkbox"/> 他施設				
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				
終了理由		<input type="checkbox"/> 計画通り <input type="checkbox"/> 無効中止 <input type="checkbox"/> 副作用等 <input type="checkbox"/> 本人希望 <input type="checkbox"/> その他の理由 <input type="checkbox"/> 不明				
有害事象		<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> 不明				
発症日(ありの場合)		年	月	日		
CTCAEv5.0 (ありの場合)						
最悪Grade (ありの場合)		<input type="checkbox"/> Grade1 <input type="checkbox"/> Grade2 <input type="checkbox"/> Grade3 <input type="checkbox"/> Grade4 <input type="checkbox"/> Grade5 <input type="checkbox"/> 不明				
追記事項						
3rd		レジメン名又は薬剤名				
	投与期間	年	月	日	～	年 月 日
	治療方針	<input type="checkbox"/> 企業治験 <input type="checkbox"/> 医師主導治験 <input type="checkbox"/> 先進医療 <input type="checkbox"/> 患者申出療養 <input type="checkbox"/> 保険診療 <input type="checkbox"/> その他				
	実施目的	<input type="checkbox"/> 術前 <input type="checkbox"/> 術後 <input type="checkbox"/> 根治 <input type="checkbox"/> 緩和 <input type="checkbox"/> その他				
	実施施設	<input type="checkbox"/> 自施設 <input type="checkbox"/> 他施設				
	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				
	終了理由	<input type="checkbox"/> 計画通り <input type="checkbox"/> 無効中止 <input type="checkbox"/> 副作用等 <input type="checkbox"/> 本人希望 <input type="checkbox"/> その他の理由 <input type="checkbox"/> 不明				
	有害事象	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> 不明				
	発症日(ありの場合)	年	月	日		
	CTCAEv5.0 (ありの場合)					
	最悪Grade (ありの場合)	<input type="checkbox"/> Grade1 <input type="checkbox"/> Grade2 <input type="checkbox"/> Grade3 <input type="checkbox"/> Grade4 <input type="checkbox"/> Grade5 <input type="checkbox"/> 不明				
	追記事項					

4th	レジメン名又は薬剤名					
	投与期間	年	月	日	～	年 月 日
	治療方針	<input type="checkbox"/> 企業治験	<input type="checkbox"/> 医師主導治験	<input type="checkbox"/> 先進医療	<input type="checkbox"/> 患者申出療養	<input type="checkbox"/> 保険診療 <input type="checkbox"/> その他
	実施目的	<input type="checkbox"/> 術前	<input type="checkbox"/> 術後	<input type="checkbox"/> 根治	<input type="checkbox"/> 緩和	<input type="checkbox"/> その他
	実施施設	<input type="checkbox"/> 自施設	<input type="checkbox"/> 他施設			
	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
	終了理由	<input type="checkbox"/> 計画通り	<input type="checkbox"/> 無効中止	<input type="checkbox"/> 副作用等	<input type="checkbox"/> 本人希望	<input type="checkbox"/> その他の理由 <input type="checkbox"/> 不明
	有害事象	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> 不明				
	発症日(ありの場合)	年	月	日		
	CTCAEv5.0 (ありの場合)					
	最悪Grade (ありの場合)	<input type="checkbox"/> Grade1	<input type="checkbox"/> Grade2	<input type="checkbox"/> Grade3	<input type="checkbox"/> Grade4	<input type="checkbox"/> Grade5 <input type="checkbox"/> 不明
	追記事項					
	5th	レジメン名又は薬剤名				
投与期間		年	月	日	～	年 月 日
治療方針		<input type="checkbox"/> 企業治験	<input type="checkbox"/> 医師主導治験	<input type="checkbox"/> 先進医療	<input type="checkbox"/> 患者申出療養	<input type="checkbox"/> 保険診療 <input type="checkbox"/> その他
実施目的		<input type="checkbox"/> 術前	<input type="checkbox"/> 術後	<input type="checkbox"/> 根治	<input type="checkbox"/> 緩和	<input type="checkbox"/> その他
実施施設		<input type="checkbox"/> 自施設	<input type="checkbox"/> 他施設			
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
終了理由		<input type="checkbox"/> 計画通り	<input type="checkbox"/> 無効中止	<input type="checkbox"/> 副作用等	<input type="checkbox"/> 本人希望	<input type="checkbox"/> その他の理由 <input type="checkbox"/> 不明
有害事象		<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> 不明				
発症日(ありの場合)		年	月	日		
CTCAEv5.0 (ありの場合)						
最悪Grade (ありの場合)		<input type="checkbox"/> Grade1	<input type="checkbox"/> Grade2	<input type="checkbox"/> Grade3	<input type="checkbox"/> Grade4	<input type="checkbox"/> Grade5 <input type="checkbox"/> 不明
追記事項						
6th		レジメン名又は薬剤名				
	投与期間	年	月	日	～	年 月 日
	治療方針	<input type="checkbox"/> 企業治験	<input type="checkbox"/> 医師主導治験	<input type="checkbox"/> 先進医療	<input type="checkbox"/> 患者申出療養	<input type="checkbox"/> 保険診療 <input type="checkbox"/> その他
	実施目的	<input type="checkbox"/> 術前	<input type="checkbox"/> 術後	<input type="checkbox"/> 根治	<input type="checkbox"/> 緩和	<input type="checkbox"/> その他
	実施施設	<input type="checkbox"/> 自施設	<input type="checkbox"/> 他施設			
	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
	終了理由	<input type="checkbox"/> 計画通り	<input type="checkbox"/> 無効中止	<input type="checkbox"/> 副作用等	<input type="checkbox"/> 本人希望	<input type="checkbox"/> その他の理由 <input type="checkbox"/> 不明
	有害事象	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> 不明				
	発症日(ありの場合)	年	月	日		
	CTCAEv5.0 (ありの場合)					
	最悪Grade (ありの場合)	<input type="checkbox"/> Grade1	<input type="checkbox"/> Grade2	<input type="checkbox"/> Grade3	<input type="checkbox"/> Grade4	<input type="checkbox"/> Grade5 <input type="checkbox"/> 不明
	追記事項					
	7th～	*1-6th と同じ内容をご記載下さい				

症状経過及び治療経過（上記以外の内容。通常の診療情報提供書の添付でも可）

その他特記事項

※本検査は、患者さんからの直接のご予約は受け付けておりません。

・・・予約及び受診方法・・・

1. FAX送付（本用紙をご記入の上、患者支援センターにFAX(0120-002-099)を送って下さい）

2. 予定日の調整

当院では患者支援センターの職員が診療または検査の予約日を調整します。

予約表：予約日時および患者さんへの注意事項を記入しFAXで当該の医療機関に送付します。

3. 患者さんが初回受診時に持参する資料・資料について

①予約表

②診療情報提供用紙（本用紙）

③病理検体チェックリスト（ホームページからダウンロード）

④病理診断報告書のコピー

⑤手術検体もしくは生検検体のブロック（腫瘍検体による検査の場合）

⑥診断時に作製されたプレパラート（HE標本）