

## 診療情報及び病理検体の提供依頼

平素より大変お世話になっております。大変お手数をお掛け致しますが、貴院担当部署とご相談の上、下記のようにご対応いただきますよう、お願い申し上げます。

### 【ご提供いただく診療情報】

- 患者背景 : 情報提供シート①に記載してください
- 薬物治療 : 情報提供シート②に記載してください。尚、治療ラインが2次以上ある方は、情報提供シートをコピーいただき、治療ラインごとに情報提供シート②を作成してください。

### 【ご用意いただく病理検体】

- 生検組織の場合 : HE 標本1枚(通常の厚さ) + パラフィンロール + 未染色標本5枚  
パラフィンロールは、厚さ10 $\mu$ mで5-6枚、まとめてチューブに入れてください。
- 手術材料の場合 : HE 標本1枚 + 未染色標本19枚、該当するブロックが記載されている切り出し図コピー  
厚さ5 $\mu$ m。手術材料は、1cm角以上の大きさの検体を指します。  
また、複数ブロックがある場合は、腫瘍量の最も多いブロックでの標本作製をお願いします。

※今回提供していただく検体は、ご返却することができませんので、予めご了承ください。

大変お手数ですが、別紙「検体送付書」に必要事項をご記入いただき、**・病理検体、病理診断書コピー1部(手術材料の場合、該当するブロックが記載されている切り出し図コピー1部)**を同封の上、郵便または宅急便(ワレモノ・室温)にて、**予約日7日前までに送付(もしくは持参)**をお願いいたします。

受領時には、FAXで受領のご連絡をさせていただきますので、ご確認ください。病理検体の選定や送付に際しまして何かご不明な点がございましたら、お気軽にご連絡ください。

社会福祉法人函館厚生院 函館五稜郭病院  
がんゲノム医療センター  
TEL (0138) 51-2295  
FAX (0138) 56-2695  
センター長 池田 健

# 検体送付書

病院名 : \_\_\_\_\_

患者氏名 : \_\_\_\_\_

年齢 : \_\_\_\_\_ 歳 性別 : \_\_\_\_\_

■ 提出する標本番号（標本番号 — 枝番）※検体取り違い防止のため、必ずご記入ください。

患者持参（患者さんに手渡しの場合、こちらのチェックボックスにチェックをお願いします）

送付（郵送または宅急便の場合は、こちらにチェックしてください）

送付日 : \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日

送付担当者 : \_\_\_\_\_

※この用紙に必要事項を記入し、

病理検体、病理診断書コピー1通、切り出し図コピー1部を同封の上、送付ください。

（または患者さんへお渡しください。）

**記載不要**

**検体受領書**

（以下は当院にて記載します）

先生御机下

上記検体を受領致しました。

受領日 : \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日

受領者 : \_\_\_\_\_

（送付先）

〒040-0014 函館市五稜郭町38番3号  
社会福祉法人函館厚生院  
函館五稜郭病院  
がんゲノム医療センター

# 情報提供シート ①

患者背景			
連絡先（電話番号）			
喫煙歴	有	無	不明
喫煙年数	年	1日の本数	本
アルコール多飲の有無	有	無	不明
家族歴の有無	有	無	不明
続柄			
がん種			

## 情報提供シート ②

- ・ □にレ点でチェックしてください。
- ・ このシート情報は、がんゲノム情報管理センター(C-CAT)に報告する情報です。

薬物治療	
治療ライン	<input type="checkbox"/> 1次治療 <input type="checkbox"/> 2次治療 <input type="checkbox"/> 3次治療 <input type="checkbox"/> 4次治療 <input type="checkbox"/> 5次治療以降 <input type="checkbox"/> 不明
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"/> 貴院 <input type="checkbox"/> 五稜郭病院 <input type="checkbox"/> その他
薬物名 (レジメン名)	
投与時点の薬剤承認状況	<input type="checkbox"/> 適応内 <input type="checkbox"/> 適応外 <input type="checkbox"/> 未承認(治験薬)
投与期間	年   月   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"/> その他理由で中止 <input type="checkbox"/> 不明
最良総合効果	<input type="checkbox"/> CR <input type="checkbox"/> PR <input type="checkbox"/> SD <input type="checkbox"/> NE
Grade3以上の有害事象	<input type="checkbox"/> Grade3以上なし <input type="checkbox"/> Grade3以上あり
Grade3以上の有害事象ありの場合は下記も記載してください。	
有害事象 発現日	年   月   日
有害事象 名称日本語 (CTCAE ver5.0)	
有害事象 名称英語 (CTCAE ver5.0)	
有害事象 コード (CTCAE ver5.0)	
有害事象 最悪Grade (CTCAE ver5.0)	<input type="checkbox"/> Grade3 <input type="checkbox"/> Grade4 <input type="checkbox"/> Grade5 <input type="checkbox"/> 不明

※ 薬物治療が2次以上の場合には、この用紙をコピーしてそれぞれの治療ラインごとに上記項目を記入してください。