

医療機関 ご担当者 様

## 診療情報及び病理検体の提供依頼書

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、がんゲノムプロファイリング検査（がん遺伝子パネル検査）に使用する病理検体をご提供いただきますよう、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。

なお、治療ラインが2次以上ある方は、情報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】

未染切片作成に決まった条件や手順があるため、可能な限りパラフィンブロックでのご提供をお願いしています。

生検検体、手術検体を問わず、以下を目安にブロック（1個）を選択して下さい。

- ・ 目的とする腫瘍量の多い領域
- ・ リンパ球など、炎症細胞の混在の少ない領域
- ・ 出血や壊死の少ない領域

当該ブロックと対応するHE標本をお送り下さい。

選択が難しい場合には、対象検体全てをお送り下さい。当方で選択致します。

大変お手数ですが、別紙「検体送付書」に必要事項を記入いただき、上記病理検体、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、お願い致します。

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不明な点がございましたら、お気軽にご連絡ください。

〒040-8611 函館市五稜郭町 38-3  
函館五稜郭病院 がんゲノム医療センター  
センター長 池田 健  
Mail : tatsuruiked@gmail.com  
TEL (0138) 51-2295  
FAX (0138) 56-2695

# 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。
- ・ このシートの情報は、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<br><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<br><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<br>(CTCAE ver5.0)    |  |
| 有害事象 名称英語<br>(CTCAE ver5.0)     |  |
| 有害事象 コード<br>(CTCAE ver5.0)      |  |
| 有害事象 最悪Grade<br>(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。