

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。
- ☐ 薬物治療及びコンパニオン情報：情報提供シート②に記載してください。

なお、薬物治療で治療ラインが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、ご連絡下さい。

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 番 3 号

函館五稜郭病院 がんゲノム科

池田 健

Mail : tatsuruiked@gmail.com

TEL (0138) 51-2295

FAX (0138) 56-2695

情報提供シート ①

記載日 年 月 日

氏名		生年 月日	大・昭・平・令 年 月 日	年齢		性別	男・女
----	--	----------	----------------------------	----	--	----	-----

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 及び がん種類・続柄	有 ・ 無 ・ 不明		
	がん種類 ・ 続柄		

情報提供シート ②

* □は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。

記載日 年 月 日

氏名	生年 月 日	大・昭・平・令 年 月 日	年齢	性別	男・女
----	-----------	------------------	----	----	-----

薬物治療	
治療ライン	☐ 1次治療 ☐ 2次治療 ☐ 3次治療 ☐ 4次治療 ☐ 5次治療以降 ☐ 不明
目的	☐ 術前補助療法 ☐ 術後補助療法 ☐ 根治 ☐ その他
実施施設	☐ 貴院 ☐ 五稜郭病院 ☐ その他
薬物名（レジメン名）	
投与時点の薬剤承認状況	☐ 保険適応内 ☐ 保険適応外 ☐ 未承認（治験薬）
投与期間	年 月 日 ~ 年 月 日
終了理由	☐ 計画通り終了 ☐ 無効中止 ☐ 副作用等で中止 ☐ 本人希望により中止 ☐ その他の理由で中止 ☐ 不明
最良総合効果	☐ CR ☐ PR ☐ SD ☐ PD ☐ NE
Grade3 以上の有害事象	☐ Grade3 以上なし ☐ Grade3 以上あり
Grade3 以上の有害事象ありの場合は下記も記入してください。（CTCAE ver5.0）	
有害事象 発現日	年 月 日
有害事象 名称日本語	
有害事象 名称英語	
有害事象 コード	
有害事象 最悪Grade	☐ Grade3 ☐ Grade4 ☐ Grade5 ☐ 不明

※ 薬物治療が2次以上の場合には、治療ライン毎に上記項目を記載し、当該情報シートを作成してください。

コンパニオン検査の実施歴	
MSI	☐ 有 ☐ 無 （結果） ☐ 陰性 ☐ 陽性
BRCA	☐ 有 ☐ 無 （結果） ☐ 陰性 ☐ 陽性
KRAS	☐ 有 ☐ 無 （結果） ☐ 陰性 ☐ 陽性
上記以外でのコンパニオン検査情報の記載欄 ※検査名および結果の「陰性」「陽性」を記載して下さい。	

検体送付書

病院名 : _____

患者氏名 : _____

年 齢 : _____ 歳 性別 : 男 ・ 女

■ 提出する標本番号(標本番号一枝番) ※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) 〒040-8611
函館市五稜郭町38番3号
函館五稜郭病院
がんゲノム 科