がん遺伝子パネル検査診療情報提供書

情報提供書は2枚となっております。項目に○をつけるか、空欄にご記入頂きますようお願いします。

診療科【　　】　担当医氏名【　　】

患者情報

患者氏名	【　　】
生年月日	【西暦　　年　　月　　日（　　歳）】
性別	男　　女
移植歴	無　　有
ECOG PS	0　1　2　3　4
喫煙歴	無　　有 →有の場合【喫煙年数:　　年】【1日の本数:　　本】
飲酒歴	無　　有 →有の場合【　　】を【　　位/日】

疾患情報

がん種区分	中枢神経系/脳　頭頸部　眼　肺　胸膜　胸腺　甲状腺　乳 食道/胃　十二指腸乳頭　腸　肝　胆道　膵　腎 副腎　膀胱/尿管　前立腺　精巣　陰茎　子宮　子宮頸部 卵巣/卵管　膣　皮膚　骨　軟部組織　腹膜　骨髄系 リンパ系　末梢神経　その他（　　）
病理診断名	【　　】
診断日	【西暦　　年　　月　　日】
転移	無　　有　　不明
部位	中枢神経系　脳　眼　口腔　咽頭　喉頭　鼻　副鼻腔 唾液腺　甲状腺　肺　胸膜　胸腺　乳　食道　胃　小腸 十二指腸乳頭部　虫垂　大腸　肝　胆道　膵　腎　腎盂 副腎　膀胱　尿管　前立腺　精巣　陰茎　子宮体部　子宮頸部 卵巣/卵管　膣　皮膚　皮下　骨　筋肉　軟部組織 腹膜　髄膜骨髄系　リンパ系　末梢神経系　原発不明 その他（　　）

実施済みの遺伝子検査情報について選択し、検査の詳細を記載してください。

MSI　KRAS　NRAS　HER2　EGER　BRAF　その他

薬物療法情報

1次治療	レジメン名または投与薬剤名　【　　】
	期　間　　西暦　　年　　月　　日 ～　　年　　月　　日
	終 了 理 由　　1.計画通り終了　　2.無効中止　　3.副作用等で中止 4.本人希望で中止　　5.その他の理由で中止　　6.不明
	最良総合効果　　CR　PR　SD　PD　NE
2次治療	レジメン名または投与薬剤名　【　　】
	期　間　　西暦　　年　　月　　日 ～　　年　　月　　日
	終 了 理 由　　1.計画通り終了　　2.無効中止　　3.副作用等で中止 4.本人希望で中止　　5.その他の理由で中止　　6.不明
	最良総合効果　　CR　PR　SD　PD　NE
3次治療	レジメン名または投与薬剤名　【　　】
	期　間　　西暦　　年　　月　　日 ～　　年　　月　　日
	終 了 理 由　　1.計画通り終了　　2.無効中止　　3.副作用等で中止 4.本人希望で中止　　5.その他の理由で中止　　6.不明
	最良総合効果　　CR　PR　SD　PD　NE
4次治療	レジメン名または投与薬剤名　【　　】
	期　間　　西暦　　年　　月　　日 ～　　年　　月　　日
	終 了 理 由　　1.計画通り終了　　2.無効中止　　3.副作用等で中止 4.本人希望で中止　　5.その他の理由で中止　　6.不明
	最良総合効果　　CR　PR　SD　PD　NE
5次治療以降はこちらにご記載ください。	