**がん遺伝子パネル検査申込書**

病院名：

診療科：

担当医師名：

連絡先：

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 作成日：2023年1月1日

|  |
| --- |
| **患者基本情報** |
| フリガナ |  |
| 患者氏名 |  |
| 性別 | [ ] 男性　[ ] 女性　[ ] 不明 |
| 生年月日 | （西暦）　選択してください（年）　　選択してください（月）　　選択してください（日） |
| 住所 | 〒 |
| 電話番号 |  |
| 当院受診歴 | [ ] 有（IDがお分かりでしたらご入力ください：　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）[ ] 無　[ ] 不明 |
| 受診日について | **ご都合の悪い日のみ**ご入力ください（土日祝日を除く）[ ] いつでもよい |

|  |
| --- |
| **原発巣がん種情報** |
| がん種 | [ ] 脊髄　[ ] 脳　[ ] 眼　[ ] 口腔　[ ] 咽頭　[ ] 喉頭　[ ] 鼻・副鼻腔　[ ] 唾液腺　[ ] 甲状腺　[ ] 肺　[ ] 胸膜　[ ] 胸腺　[ ] 乳腺　[ ] 食道　[ ] 胃　[ ] 十二指腸乳頭部　[ ] 十二指腸　[ ] 小腸　[ ] 虫垂　[ ] 大腸　[ ] 肛門　[ ] 肝　[ ] 胆道　[ ] 膵　[ ] 腎　[ ] 腎盂　[ ] 副腎　[ ] 膀胱　[ ] 尿管　[ ] 前立腺　[ ] 精巣　[ ] 陰茎　[ ] 子宮体部　[ ] 子宮頚部　[ ] 卵巣・卵管　[ ] 膣　[ ] 皮膚　[ ] 骨　[ ] 筋肉　[ ] 軟部組織（皮下）[ ] 腹膜　[ ] 髄膜　[ ] 骨髄　[ ] 末梢神経[ ] リンパ節・リンパ管　[ ] 血液　[ ] 原発不明[ ] その他（詳細：　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）】 |
| 小児がん等 | [ ] 該当しない　[ ] 該当する |
| 現在の臨床病期（UICC8版） | [ ] stageⅠ　 [ ] stageⅡ　 [ ] stageⅢ　[ ] stageⅣ　[ ] 該当なし |

|  |
| --- |
| **希望する検査種別** |
| 検査種別（複数選択可） | [ ] OncoGuide™ NCCオンコパネル システム　　【腫瘍組織（FFPE）+末梢全血】[ ] FoundationOne® CDx がんゲノムプロファイル　　【腫瘍組織（FFPE）】[ ] GenMineTOP がんゲノムプロファイリングシステム　　【腫瘍組織（FFPE）+末梢全血】[ ] FoundationOne® Liquid CDx がんゲノムプロファイル　　【末梢全血】[ ] Guardant360® CDx がん遺伝子パネル 【末梢全血】**※当院での病理検体の評価で最終判断いたします。ご希望に沿えない場合がございますが、ご了承ください※** |

|  |
| --- |
| **がん遺伝子パネル検査　保険適応チェックリスト** |
| [ ] 悪性腫瘍（固形癌）と診断されている[ ] 直近PSが０または１である[ ] 現在入院しておらず、当院外来受診が可能である[ ] 予後３か月以上の見込みがある[ ] 本検査終了後、臨床試験・適応外治療薬の使用へ進める見込みがある[ ] 治癒・切除不能または再発病変であり、以下のいずれかの条件に該当する　　[ ] 標準治療が終了している　　[ ] 標準治療が終了見込みである　　[ ] 標準治療がない（希少がん）　　[ ] 原発不明がん[ ] 提出・持出可能な病理組織検体がある（３年以内推奨）または再生検可能である（必ず貴院の病理担当者へご確認ください。血液検体での検査が適応となる可能性がございます） |

ご協力ありがとうございました。

**お問い合わせ　がん相談支援センター　TEL：０５５－２７３－８０９３**

このFAXには個人情報等の機密情報が含まれており、山梨大学医学部附属病院宛に送付される書類です。

誤って届いた際は、お手数ですが紹介元医療機関にご連絡下さいますようお願い申し上げます。