

<<がん遺伝子パネル検査前 臨床情報調査票>>

*こちらの様式は医師以外の職員が参照することもありますので、略語等を避けるなど可能な限り平易な言葉でご記入ください。

〔 基本情報 〕

[illegible]

喫煙歴	☐ 有 喫煙年数： 年 1日の本数： 本 / 日 ☐ 無 ☐ 不明
アルコール多飲歴	☐ 有 ☐ 無 ☐ 不明 【定義】常習的に1日に平均純アルコールで約60gを超え多量に飲酒する場合を、多飲(酒)であるとする。
ECOG PS	☐ 0 ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 不明 【定義】以下の基準で入力する。 0：全く問題なく活動できる。発病前と同じ日常生活が制限なく行える。 1：肉体的に激しい活動は制限されるが、歩行可能で、軽作業や座っての作業は行うことができる。 2：歩行可能で自分の身の回りのことはすべて可能だが作業はできない。 日中の50%以上はベッド外で過ごす。 3：限られた自分の身の回りのことしかできない。 日中の50%以上をベッドか椅子で過ごす。 4：全く動けない。自分の身の回りのことは全くできない。 完全にベッドか椅子で過ごす。 (「 ECOG の Performance Status PS) の日本語訳 」より)
重複がん (異なる臓器)	☐ 有 臨床診断名または病理診断名： 活動性： ☐ 有 ☐ 無 ☐ 不明 発症年齢： 歳 ☐ 無 ☐ 不明 【定義】異なる臓器にそれぞれ原発性のがんが存在する状態、又は同一の臓器内に異なる組織型のがんが存在する状態のうち少なくともどちらか一方が該当する場合を重複がんであるとする。
多発がん (同一臓器)	☐ 有 活動性： ☐ 有 ☐ 無 ☐ 不明 発症年齢： 歳 ☐ 無 ☐ 不明 【定義】同一部位に、同一がん種が多発したことを確認できた場合、多発がんであるとする。腫瘍の数に関係なく、1つのがん種となる点に留意する。

既知の遺伝性疾患	☐ 有 既知の遺伝性疾患名： ☐ 無 ☐ 不明
登録時転移	☐ 有 部位： ☐ 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 ☐ 子宮頸部 ☐ 卵巣/卵管 ☐ 膣 ☐ 皮膚 ☐ 骨 ☐ 筋肉 ☐ 軟部組織 ☐ 腹膜 ☐ 髄膜 ☐ 骨髄 ☐ リンパ節/リンパ管 ☐ 末梢神経 ☐ 血液 ☐ 原発不明 ☐ その他 () ☐ 無 ☐ 不明
NTRK1/2/3 融合遺伝子	☐ 陰性 ☐ 陽性 ☐ 判定不能 ☐ 不明または未検査
NTRK1/2/3 融合遺伝子 -検査方法	☐ F1CDx ☐ F1LiquidCDx ☐ その他 ☐ 不明
マイクロサテライト 不安定性	☐ 陰性 ☐ 陽性 ☐ 判定不能 ☐ 不明または未検査
マイクロサテライト 不安定性 -検査方法	☐ MSI検査キット (FALCO) ☐ F1CDx ☐ G360CDx ☐ Idylla MSI Test「ニチレイバイオ」 ☐ その他 ☐ 不明
ミスマッチ 修復機能	☐ pMMR (正常) ☐ dMMR (欠損) ☐ 判定不能 ☐ 不明または未検査
ミスマッチ 修復機能 -検査方法	☐ ペンタナ OptiView 2抗体 (MSH6、PMS2) ☐ ペンタナ OptiView 4抗体 (MSH2、MSH6、MLH1、PMS2) ☐ その他 ☐ 不明
腫瘍遺伝子変異量	☐ TMB-High (TBMスコアが10mut/Mb以上) ☐ その他 ☐ 不明または未検査
腫瘍遺伝子変異量 -検査方法	☐ F1CDx ☐ その他 ☐ 不明

[補足情報]

* 下記項目に当てはまる症例の場合は追加情報の記載をお願いします。

☐ 肺 →P.5-6 の情報をご記入ください

☐ 乳房 →P.7 の情報をご記入ください

☐ 食道・胃・腸 →P.8 の情報をご記入ください

☐ 肝臓 →P.9 の情報をご記入ください

☐ 皮膚 →P.10 の情報をご記入ください

☐ 唾液腺 →P.11 の情報をご記入ください

☐ 甲状腺 →P.12 の情報をご記入ください

☐ 胆道 →P.13 の情報をご記入ください

☐ 脾臓 →P.14 の情報をご記入ください

☐ 前立腺 →P.15 の情報をご記入ください

☐ 卵巣・卵管 →P.16 の情報をご記入ください

[肺]

項目	内容
EGFR	☐ 陰性 ☐ 陽性 ☐ 判定不能 ☐ 不明または未検査
EGFR-type	☐ G719 ☐ exon-19欠失 ☐ S768I ☐ T790M ☐ exon-20挿入 ☐ L858R ☐ L861Q ☐ その他 () ☐ 不明
EGFR-検査方法	☐ CobasV2 ☐ Therascreen ☐ オンコマイン Dx target Test マルチ CDx ☐ F1CDx ☐ F1LiquidCDx ☐ Amoy Dx肺癌マルチ遺伝子PCRパネル ☐ その他 () ☐ 不明
EGFR-TKI耐性後 EGFR-T790M	☐ 陰性 ☐ 陽性 ☐ 判定不能 ☐ 不明または未検査
ALK融合	☐ 陰性 ☐ 陽性 ☐ 判定不能 ☐ 不明または未検査
ALK-検査方法	☐ IHC ☐ FISH ☐ IHC+FISH ☐ RT-PCR ☐ RT-PCR+FISH ☐ F1CDx ☐ F1LiquidCDx ☐ オンコマイン Dx target Test マルチ CDx ☐ Amoy Dx肺癌マルチ遺伝子PCRパネル ☐ その他 () ☐ 不明
ROS1	☐ 陰性 ☐ 陽性 ☐ 判定不能 ☐ 不明または未検査
ROS1-検査方法	☐ F1CDx ☐ F1LiquidCDx ☐ オンコマイン Dx target Test マルチ CDx ☐ Amoy Dx肺癌マルチ遺伝子PCRパネル ☐ OncoGuide Amoy Dx ☐ その他 () ☐ 不明
BRAF (V600)	☐ 陰性 ☐ 陽性 ☐ 判定不能 ☐ 不明または未検査
BRAF (V600) -検査方法	☐ オンコマイン Dx target Test マルチ CDx ☐ Amoy Dx肺癌マルチ遺伝子PCRパネル ☐ その他 () ☐ 不明
PD-L1 (IHC)	☐ 陰性 ☐ 陽性 ☐ 判定不能 ☐ 不明または未検査
PD-L1 (IHC) -検査方法	☐ Nivolumab/Dako28-8 (BMS/小野) ☐ Pembrolizumab/Dako22C3 (Merck) ☐ SP142 ☐ SP263 (術後補助療法) ☐ その他 () ☐ 不明
PD-L1 (IHC) 陽性率	% ※検査結果に範囲がある場合は「60-80 (%)」のようにご記載ください。

MET遺伝子 エクソン14 スキッピング変異	☐ 陰性 ☐ 陽性 ☐ 判定不能 ☐ 不明または未検査
MET遺伝子 エクソン14 スキッピング変異 -検査方法	☐ ArcherMET コンパニオン診断システム ☐ Amoy Dx肺癌マルチ遺伝子PCRパネル ☐ その他 () ☐ 不明
KRAS G12C 遺伝子変異	☐ 陰性 ☐ 陽性 ☐ 判定不能 ☐ 不明または未検査
KRAS G12C 遺伝子変異 -検査方法	☐ therascreen ☐ その他 () ☐ 不明
RET融合遺伝子	☐ 陰性 ☐ 陽性 ☐ 判定不能 ☐ 不明または未検査
RET融合遺伝子 -検査方法	☐ オンコマイン Dx target Test マルチ CDx ☐ その他 () ☐ 不明
アスベスト暴露歴	☐ 有 ☐ 無 ☐ 不明 【定義】アスベスト曝露歴については、主にアスベストが使われている施設での労働（職業性石綿ばく露）や家庭内ばく露、環境ばく露を指す。

※P.17 の「家族歴」より続きの情報をご記入ください

[乳房]

項目	内容
HER2 (IHC)	☐ 陰性 ☐ 陰性 (1+) ☐ 境界域 (2+) ☐ 陽性 (3+) ☐ 判定不能 ☐ 不明または未検査
HER2 (FISH)	☐ 陰性 ☐ equivocal ☐ 陽性 ☐ 判定不能 ☐ 不明または未検査
ER	☐ 陰性 ☐ 陽性 ☐ 判定不能 ☐ 不明または未検査
PgR	☐ 陰性 ☐ 陽性 ☐ 判定不能 ☐ 不明または未検査
gBRCA1	☐ 陰性 ☐ 陽性 ☐ 判定不能 ☐ 不明または未検査
gBRCA1 -検査方法	☐ BRACAnalysis診断システム ☐ その他 () ☐ 不明
gBRCA2	☐ 陰性 ☐ 陽性 ☐ 判定不能 ☐ 不明または未検査
gBRCA2 -検査方法	☐ BRACAnalysis診断システム ☐ その他 () ☐ 不明
PD-L1タンパク	☐ 陰性 ☐ 陽性 ☐ 判定不能 ☐ 不明または未検査
PD-L1タンパク -検査方法	☐ PD-L1 IHC 22C3 pharmDx「ダコ」 ☐ ペンタナ OptiView PD-L1 (SP142) ☐ その他 () ☐ 不明
ERBB2コピー数 異常	☐ 陰性 ☐ equivocal ☐ 陽性 ☐ 判定不能 ☐ 不明または未検査
ERBB2コピー数 異常-検査方法	☐ F1CDx ☐ その他 () ☐ 不明

※P.17の「家族歴」より続きの情報をご記入ください

[食道・胃・腸]

項目	内容
KRAS	☐ 陰性 ☐ 陽性 ☐ 判定不能 ☐ 不明または未検査
KRAS-type	☐ codon12 ☐ codon13 ☐ codon59 ☐ codon61 ☐ codon117 ☐ codon146 ☐ 不明
KRAS-検査方法	☐ PCR-rSSO法 ☐ MEBGEN RASKET-B キット ☐ OncoBEAM RAS CRCキット ☐ F1CDx ☐ その他 () ☐ 不明
NRAS	☐ 陰性 ☐ 陽性 ☐ 判定不能 ☐ 不明または未検査
NRAS-type	☐ codon12 ☐ codon13 ☐ codon59 ☐ codon61 ☐ codon117 ☐ codon146 ☐ 不明
NRAS-検査方法	☐ PCR-rSSO法 ☐ MEBGEN RASKET-B キット ☐ OncoBEAM RAS CRCキット ☐ F1CDx ☐ その他 () ☐ 不明
HER2	☐ 陰性 ☐ 陰性 (1+) ☐ 境界域 (2+) ☐ 陽性 (3+) ☐ 判定不能 ☐ 不明または未検査
HER2タンパク -検査方法	☐ ペンタナ ultraView パスウェー HER2 (4B5) ☐ その他 () ☐ 不明
HER2遺伝子増幅 (ISH法) -検査方法	☐ パスビジョンHER-2 DNAプローブキット ☐ その他 () ☐ 不明
HER2遺伝子増幅 (ISH法)	☐ 陰性 ☐ equivocal ☐ 陽性 ☐ 判定不能
EGFR (IHC)	☐ 陰性 ☐ 陽性 ☐ 判定不能 ☐ 不明または未検査
BRAF (V600)	☐ 陰性 ☐ 陽性 ☐ 判定不能 ☐ 不明または未検査
BRAF (V600) -検査方法	☐ MEBGEN RASKET-B キット ☐ therascreen ☐ その他 () ☐ 不明

※P.17 の「家族歴」より続きの情報をご記入ください

[肝臓]

項目	内容
HBsAg	☐ 陰性 ☐ 陽性 ☐ 判定不能 ☐ 不明または未検査
HBs抗体	☐ 陰性 ☐ 陽性 ☐ 判定不能 ☐ 不明または未検査
HBV-DNA	
HCV抗体	☐ 低 ☐ 中 ☐ 高 ☐ 不明または未検査
HCV-RNA	

※P.17 の「家族歴」より続きの情報をご記入ください

〔 皮膚 〕

項目	内容
BRAF遺伝子変異	☐ 陰性 ☐ 陽性 ☐ 判定不能 ☐ 不明または未検査
BRAF遺伝子変異 -検査方法	☐ コバス BRAF V600 変異検出キット ☐ F1CDx ☐ THxID BRAF キット ☐ MEBGEN BRAF キット ☐ その他 () ☐ 不明
BRAF-type	☐ V600E ☐ V600K ☐ 判定不能 ☐ 不明または未検査

※P.17 の〔家族歴〕より続きの情報をご記入ください

〔 唾液腺 〕

項目	内容
HER2遺伝子 増幅度	☐ 陰性 ☐ equivocal ☐ 陽性 ☐ 判定不能 ☐ 不明または未検査
HER2遺伝子 増幅度-検査方法	☐ ペンタナ DISH HER2キット ☐ その他（ ） ☐ 不明
HER2タンパク	☐ 陰性 ☐ 陽性 ☐ 判定不能 ☐ 不明または未検査
HER2タンパク -検査方法	☐ ペンタナ ultraView パスウェー HER2（4B5） ☐ その他（ ） ☐ 不明

※P.17 の〔家族歴〕より続きの情報をご記入ください

〔 甲状腺 〕

項目	内容
RET融合遺伝子	☐ 陰性 ☐ 陽性 ☐ 判定不能 ☐ 不明または未検査
RET融合遺伝子 -検査方法	☐ オンコマイン Dx Target Test マルチ CDx ☐ その他（ ） ☐ 不明
RET遺伝子変異	☐ 陰性 ☐ 陽性 ☐ 判定不能 ☐ 不明または未検査
RET遺伝子変異 -検査方法	☐ オンコマイン Dx Target Test マルチ CDx ☐ その他（ ） ☐ 不明

※P.17 の〔家族歴〕より続きの情報をご記入ください

[胆道]

項目	内容
FGFR2融合 遺伝子	☐ 陰性 ☐ 陽性 ☐ 判定不能 ☐ 不明または未検査
FGFR2融合 遺伝子-検査方法	☐ F1CDx ☐ その他 () ☐ 不明

※P.17 の「家族歴」より続きの情報をご記入ください

[膵臓]

項目	内容
gBRCA1	☐ 陰性 ☐ 陽性 ☐ 判定不能 ☐ 不明または未検査
gBRCA1 -検査方法	☐ BRACAnalysis診断システム ☐ その他（ ） ☐ 不明
gBRCA2	☐ 陰性 ☐ 陽性 ☐ 判定不能 ☐ 不明または未検査
gBRCA2 -検査方法	☐ BRACAnalysis診断システム ☐ その他（ ） ☐ 不明

※P.17 の「家族歴」より続きの情報をご記入ください

[前立腺]

項目	内容
gBRCA1	☐ 陰性 ☐ 陽性 ☐ 判定不能 ☐ 不明または未検査
gBRCA1 -検査方法	☐ F1CDx ☐ F1LiquidCDx ☐ BRACAnalysis診断システム ☐ その他 () ☐ 不明
gBRCA2	☐ 陰性 ☐ 陽性 ☐ 判定不能 ☐ 不明または未検査
gBRCA2 -検査方法	☐ F1CDx ☐ F1LiquidCDx ☐ BRACAnalysis診断システム ☐ その他 () ☐ 不明

※P.17 の「家族歴」より続きの情報をご記入ください

[卵巣・卵管]

項目	内容
gBRCA1	☐ 陰性 ☐ 陽性 ☐ 判定不能 ☐ 不明または未検査
gBRCA1 -検査方法	☐ F1CDx ☐ BRACAnalysis診断システム ☐ myChoice診断システム ☐ その他 () ☐ 不明
gBRCA2	☐ 陰性 ☐ 陽性 ☐ 判定不能 ☐ 不明または未検査
gBRCA2 -検査方法	☐ F1CDx ☐ BRACAnalysis診断システム ☐ myChoice診断システム ☐ その他 () ☐ 不明
相同組換え 修復欠損	☐ 陰性 ☐ 陽性 ☐ 判定不能 ☐ 不明または未検査
相同組換え 修復欠損 -検査方法	☐ myChoice診断システム ☐ その他 () ☐ 不明

※P.17 の [家族歴] より続きの情報をご記入ください

[家族歴]

* 専用の問診票で家族歴を聴取した方は記載不要です。

項目	内容
家族歴	☐ 有 ☐ 無 ☐ 不明
詳細①	続柄：
	がん種：
	罹患時年齢：
詳細②	続柄：
	がん種：
	罹患時年齢：
詳細③	続柄：
	がん種：
	罹患時年齢：
詳細④	続柄：
	がん種：
	罹患時年齢：
詳細⑤	続柄：
	がん種：
	罹患時年齢：
詳細⑥	続柄：
	がん種：
	罹患時年齢：
詳細⑦	続柄：
	がん種：
	罹患時年齢：
詳細⑧	続柄：
	がん種：
	罹患時年齢：
詳細⑨	続柄：
	がん種：
	罹患時年齢：
詳細⑩	続柄：
	がん種：
	罹患時年齢：

[藥物療法治療歷]

*すべての薬物療法治療歴をレジメンごとにご記入ください。

*レジメン数が多い場合は、次ページをコピーしてお使いください。

実施の有無： ☐有 （総レジメン数： ） ☐無

レジメン： 1

[illegible]

最良総合効果	☐CR ☐PR ☐SD ☐PD ☐NE 【定義】以下の基準で薬物療法終了後の最良総合効果を入力する。 CR：完全奏功 PR：部分奏功 SD：安定 PD：進行 NE：評価不能または上記のいずれも該当しない場合
増悪確認日	(西暦) 年 月 日 ※無効中止で終了となった場合にのみ記載してください。
Grade3 以上 有害事象の有無 (非血液毒性)	☐有 ☐無 ☐不明
有害事象	[有害事象1] CTCAEv5.0 名称 日本語： 最悪Grade： ☐Grade 1 ☐Grade 2 ☐Grade 3 ☐Grade 4 ☐Grade 5 ☐不明 発現日：(西暦) 年 月 日 中止に至った原因：☐有 ☐無 ☐不明 [有害事象2] CTCAEv5.0 名称 日本語： 最悪Grade： ☐Grade 1 ☐Grade 2 ☐Grade 3 ☐Grade 4 ☐Grade 5 ☐不明 発現日：(西暦) 年 月 日 中止に至った原因：☐有 ☐無 ☐不明 [有害事象3] CTCAEv5.0 名称 日本語： 最悪Grade： ☐Grade 1 ☐Grade 2 ☐Grade 3 ☐Grade 4 ☐Grade 5 ☐不明 発現日：(西暦) 年 月 日 中止に至った原因：☐有 ☐無 ☐不明

レジメン：

[illegible]

最良総合効果	☐CR ☐PR ☐SD ☐PD ☐NE 【定義】以下の基準で薬物療法終了後の最良総合効果を入力する。 CR：完全奏功 PR：部分奏功 SD：安定 PD：進行 NE：評価不能または上記のいずれも該当しない場合
増悪確認日	(西暦) 年 月 日 ※無効中止で終了となった場合にのみ記載してください。
Grade3 以上 有害事象の有無 (非血液毒性)	☐有 ☐無 ☐不明
有害事象	[有害事象1] CTCAEv5.0 名称 日本語： 最悪Grade： ☐Grade 1 ☐Grade 2 ☐Grade 3 ☐Grade 4 ☐Grade 5 ☐不明 発現日：(西暦) 年 月 日 中止に至った原因：☐有 ☐無 ☐不明 [有害事象2] CTCAEv5.0 名称 日本語： 最悪Grade： ☐Grade 1 ☐Grade 2 ☐Grade 3 ☐Grade 4 ☐Grade 5 ☐不明 発現日：(西暦) 年 月 日 中止に至った原因：☐有 ☐無 ☐不明 [有害事象3] CTCAEv5.0 名称 日本語： 最悪Grade： ☐Grade 1 ☐Grade 2 ☐Grade 3 ☐Grade 4 ☐Grade 5 ☐不明 発現日：(西暦) 年 月 日 中止に至った原因：☐有 ☐無 ☐不明

〔 その他 〕

- * 本件に関するご担当者様情報およびお問い合わせ先を以下にご記入ください。
- * ご教示いただいた連絡先には貴院よりご提出いただいた書類についての問い合わせや
解析不良等による今後の方針等をこちらからご相談させていただくことがございます。
- * ご記入いただいた下記の個人情報は本件以外に使用することはありません。

項目	内容
氏名（かな）	
氏名（漢字）	
診療科名 または部署名	
職種	☐ 医師 ☐ 看護師 ☐ その他（ ）
連絡先（TEL）	（ ）
連絡先（Mail）	@
ご都合の良い日時	
希望する検査種類	☐ FoundationOne CDx ☐ FoundationOne Liquid CDx ☐ OncoGuide NCC オンコパネルシステム ☐ Guardant360 CDx ☐ GenMineTOP ※上記はすべて「保険診療」となっております。
その他 （コメント等あり ましたらご自由に ご記載ください）	

<<遺伝性腫瘍に関する情報提供書>>

エキスパートパネル時に必要な下記の項目について、ご回答のほどよろしくお願いいたします。

1. 人種・民族・国名の確認

☐日本人

☐日本人以外（国名または人種※： ）

☐不明

※可能な範囲でご記載ください。

2. 遺伝性腫瘍に関する診断の有無

☐診断なし

☐診断あり（診 断 名： ）

（治療やフォロー内容： ）

☐疑っている（現在疑っている病名： ）

☐不明

3. 遺伝性腫瘍に関連する検査（臨床研究等も含む）の有無

☐検査なし

☐検査あり → ☐ミスマッチ修復(MMR)関連 4 遺伝子の免疫染色

（結果： ）

☐マイクロサテライト不安定性(MSI)検査

（結果： ）

☐ BRACAnalysis

（結果： ）

☐ myChoice

（結果： ）

☐ その他

（結果： ）

☐不明

検出されたバリエーションの記載（遺伝子名、CDS 変化 and/or アミノ酸変化）をお願いします。

また、可能でしたら検査結果報告書のコピーを添付いただきますようお願いいたします。
