|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | | | 西暦　　　　　　　年　　　月　　　日 | | | | | |
| 静岡県立静岡がんセンター | | | 所在地及び  医療機関名 |  | | | | |
| 診療科  科 | | |
| 医師名 | | | 電話／ＦＡＸ |  | | | | |
| 先生 | | | Eメール |  | | | | |
|  | | | 診療科・医師名 |  | | | | |
| フリガナ |  | | | | | 性  別 | □ 男  □ 女 |
| **氏名** |  | | | | |
| **生年月日** | 西暦　　　　　　年　　　　月　　　　日 | | | | 年齢 | 歳 | |
| **疾患名** |  | | | | | | |
| **病期（stage）/ ＰＳ** |  | | | ／　0　・　1　・　2　・　3　・　4 | | | |
| **がん遺伝子パネル検査**  **対象理由** | □ 標準治療がない固形がん患者  □ 局所進行若しくは転移が認められ標準治療が終了(終了見込)となった固形がん患者  □ 上記であって、本検査施行後に化学療法の適応となる可能性が高いと主治医が 判断した場合（関連学会のガイドライン等に基づき、全身状態及び臓器機能も含め判断すること） | | | | | | |
| **希望する**  **がん遺伝子パネル検査** | □ FoundationOne® CDx　　□ OncoGuide NCCオンコパネル システム  □ いずれも可 | | | | | | |
| **病理検体の有無**  **（ゲノム検査に使用）** | □ 無／ □ 有 → 「検体情報チェックリスト」を一緒にご提出ください | | | | | | |
| **病 状 経 過**  **及 び**  **治 療 経 過**  **(通常の診療情報提供書でも可）** |  | | | | | | |
| **既往歴** |  | | | | | | |
| **家族のがん罹患歴** | □ 無 ／ □ 有 ／ □ 不明 | | | | | | |
| **現在の治療内容、処方内容**  **(コピーでも可)** |  | | | | | | |
| **今後の治療方針**  **（わかる範囲で）** |  | | | | | | |
| **検 査と**  **画 像 デ ータ ー**  **（必須資料）** | □病理診断報告書  □画像診断の結果(初診時と現在のもの)  □最新の採血結果 | | | | | | |
| **特記事項** |  | | | | | | |