|  |  |
| --- | --- |
|  | 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□ FoundationOne® Liquid CDx　　□ Guardant360®CDx□ GenMineTOP がんゲノムプロファイリングシステム□ 希望なし（いずれの検査も可） |
| **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** |  |