

西暦 年 月 日

静岡県立静岡がんセンター 診療科	科 先生	所在地及び 医療機関名			
医師名		電話 / F A X			
		E メ ー ル			
		診療科・医師名	(印)		

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） / P S	／ 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（いずれの検査也可）					
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 （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						