令和　　年　　月　　日

**診療情報提供書（紹介状　がんゲノム用）**

姫路赤十字病院

診療科　　　　　　　　　　　　　　 　　　　　　　　　　　　　　　 　医療機関

医師　　　　　　　　　　　　　　　　　　先生　　　　　　　　　　　 所在地

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 電話番号　　　　　　　　　　　　FAX

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 診療科 医師　　　　　　　　　　　印

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| ふりがな | 　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 | 生年月日 | 来院方法 |
| 氏名 | □男性　　　　　　　　　　　　　　　□女性 | 明・大・昭・平・令　年　　月　　日生（　　　　　　　　歳） | □歩行　□車椅子□ストレッチャーご家族の同伴　　□有　□無**※できる限りご家族の同伴をお願いします** |
| 住所 | 〒1. 自宅電話番号　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　②連絡先〔携帯・その他（　　　　）〕
 |
| 紹介目的 | がん遺伝子パネル検査希望 |
| 診断名（原発臓器） |  | 既往歴家族歴 | 薬剤アレルギー（　有　・　無　） |
| 病状経過と治療経過検査所見（別紙添付可） |  |
| これまでのがん遺伝子パネル検査の提出状況 | □　提出したことはない□　自費診療（　検査名：　　　　　　　　　　　　　）で提出したことがある□　組織を用いたがん遺伝子パネル検査（保険診療）で提出したが、解析できなかった□　その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） |
| 保険適用チェックリスト | ご紹介患者様の状況について、ご記載ください□ 標準治療が終了している□　標準治療が終了する見込みである→（未実施の標準治療レジメン名 ： 　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）□　標準治療がない固形がん（原発不明がん、希少がんなど）である□　全身状態及び臓器機能等から、本検査施行後に化学療法の適応となる可能性が高い□　PS　　（　０　、１、　２、　３、　４　）**※保険適用にて検査が実施できるかどうかは、当院ゲノム外来診察医師の判断となります** |
| 治療の経過　　　　 保険適用の判断およびゲノム医療中核拠点病院との専門家会議に必要な情報となります。大変お手数ですが、ご記載をお願いいたします。 |
| レジメン名 | 投与期間（年・月・日まで記載をお願いします） | レジメン変更理由 | 「最良」効果判定 | 有害事象Grade3以上の「非血液毒性」 |
| 例）　mFOLFOX6 | 2022/8/1　～　2023/4/25 | 無効中止 | PR | ありしびれGrade3 |
| ①　 | ～ |  |  |  |
| ②　 | ～ |  |  |  |
| ③　 | ～ |  |  |  |
| ④　 | ～ |  |  |  |
| ⑤　 | ～ |  |  |  |
| ⑥　 | ～ |  |  |  |
| ⑦　 | ～ |  |  |  |
| ⑧　 | ～ |  |  |  |
| 遺伝子検査歴 | ※　MSI、RAS/RAF、HER2、BRCAなど検査歴があれば、結果を記載もしくは、結果をFAXください。 |
| 処方内容 |  |
| 検体の有無 | 有　　無　：　□　腫瘍組織の採取歴がない　　　□　腫瘍組織が採取困難である　 |
| 検体がある場合、以下の内容を記載してください |
| 病理組織採取日 | 　　　　　　　　　　年　　　　　　月　　　　　　日 |
| 採取部位（臓器） |  |
| 採取方法（生検・手術等） | 生検　　・　　手術　　・　　その他（　　　　　　　　　　　　　） |
| 検体固定条件（ホルマリン濃度、固定時間） | 　　　　％ホルマリン　　　　　　　　固定時間　：　約　　　　　時間種類　（　ホルマリン　・　中性ホルマリン　・　中性緩衝ホルマリン　） |
| パラフィン包埋ブロック借用 | 可　　・　　不可注） 「不可」の場合は検査をお受けできません。細胞診（セルブロックを含む）では検査をお受けできません。　　　ガラス標本で検査をご希望の場合は、当院までご相談ください。 |

令和6年12月版