

琉球大学病院「がんゲノム医療外来」への紹介方法について（ Ver.5.0 ）

1 「がんゲノム医療外来」

毎週水曜日（2020年7月1日（水）開設）

2 開設場所

琉球大学病院内科外来（外来棟 2 階）

3 担当医

琉球大学病院がんセンター 増田昌人（がん薬物療法専門医・指導医）

4 対象患者

「がん遺伝子パネル検査」のみを目的として紹介された患者

具体的には、資料 1 の患者チェックリストをすべて満たしている患者

＊従来の精査、診断、治療目的のがん患者の紹介は対象外です。

＊いわゆる「コンパニオン診断」のための紹介は対象外です。

＊例外 前立腺がんは当院腎泌尿器外科と直接やりとりして下さい。

5 外来の内容

- （1）1 回目の外来は、「がん遺伝子パネル検査」に関する説明と同意を行います。水曜日の午後の完全予約制です。その際には、患者さん（必須）とそのご家族（または信頼できるご友人等）の合計 3～5 名が同席していただきます。おおよそ 1 時間を想定しています。
- （2）2 回目の外来は、琉球大学病院遺伝カウンセリング外来（毎週金曜日）にて、プレ遺伝カウンセリングを受けていただきます。その際には、患者さん（必須）とそのご家族（または信頼できるご友人等）の合計 3～5 名が同席していただきます。おおよそ 30 分を想定しています。
- （3）3 回目の外来は、「がん遺伝子パネル検査」の結果の説明を行います。水曜日の午後の完全予約制です。その際には、患者さん（必須）とそのご家族（または信頼できるご友人等）の合計 3～5 名が同席していただきます。おおよそ 1 時間を想定しています。

※当院における COVID-19 感染対策のため、当面の間（今年度中）は外来受診は 3 名までとしています。ご協力をお願いします。

6 紹介の具体的な手続き

通常の紹介患者と同様に、各医療機関の医療連携室等から、琉球大学病院医療福祉支援センター（シエント）を通じて予約を取って下さい（資料 2）

7 紹介時に準備していただくもの

資料 1 を参照

8 この文書についての連絡先

琉球大学病院 がんセンター

T E L : 098-895-1369

F A X : 098-895-1497

- チェックした日 年 月 日
 チェックした病院代表医師名 (自署)

申込日 平成 年 月 日

琉球大学医学部附属病院

医療福祉支援センター シェント

送信先 (FAX) 098-895-1498

紹介患者・予約 申込書 (FAX 送信票)

以下の項目についてご記入の上、診療情報提供書と併せて送信して下さい。

紹介元	医療機関名		診療科		
	担当医師		TEL		
	申込担当者名		FAX		
診療依頼	診療科 (専門外来)	診療科 [科 (専門外来 科)]			
	担当医師	☐ 指定なし ☐ 医師指定 (医師)			
	受診希望日	☐ 1週間以内 ☐ 1週間以降でも可 [特に希望のある日: 月 日] ※外来表を参照して下さい。 ※医師や受診希望日については、ご希望に添えない場合がございます。			
	紹介目的 疾患名 (必ずご記入ください)				

紹介患者基本データ

(保険証又はカルテのコピーをFAXしていただける場合は、※印のみ記入して下さい。)

フリガナ			性別	被保険者氏名		続柄									
患者氏名			男・女												
生年月日	明・大・昭・平 年 月 日生 (歳)														
住所	〒														
電話番号	TEL (- -)														
保険情報	保険者番号						公費負担者番号								
	記号						公費負担医療の 受給者番号								
	番号						公費負担者番号								
	開始日	昭・平 年 月 日	公費負担医療の 受給者番号												
	終了日	平成 年 月 日													
	国民保険の場合の個人負担割合					割	老人保険の場合の個人負担割合					割			
※ 当院受診歴		☐ なし ☐ 不明 ☐ あり (診察券番号 - -)													

■ FAX 受付時間 平日 9:00~15:00 (土日・祝日・年末年始は除く)

□ 専用 FAX 098-895-1498

□ 専用 TEL 098-895-1371

琉球大学医学部附属病院 医療福祉支援センター シェント

エキスパートパネル開催前 臨床情報 (Ver.5.0)

直接入力用

1. エキスパートパネル(EP)の開催時に、以下の形式の臨床情報が必要となります。
正確な記載をお願いします。
2. 特に血縁者におけるがん発生の状況は確実に問診を行い、正確な記述をお願いします。
3. 家族歴については、4 枚目以降も、この書式をコピーしてお使いください。

項目	内容
病理診断名	 * 最新のがん取り扱い規約に則り、正確な診断名を記入してください。
診断日	(西暦) 2001/01/01 * 正確な診断日をご記入ください。
喫煙歴	☐ なし ☐ あり ☐ 不明 喫煙年数 年 1 日の本数 本
アルコール多飲歴	☐ なし ☐ あり ☐ 不明
ECOG PS	☐ 0 ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 不明
重複がん	☐ なし ☐ あり 部位: * 最新のがん取り扱い規約に則り、正確な診断名を記入してください。 * 診断根拠となった病理報告書のコピーを添付してください。 ☐ 活動性 ☐ 非活動性 ☐ 不明 ☐ 不明
多発がん	☐ なし ☐ あり (活動性: ☐ 有 ☐ 無 ☐ 不明) ☐ 不明

家族歴 (血縁者におけるがんの発生について)☐なし ☐あり ☐不明

家族歴詳細①: 続柄 選択してください。 罹患年齢 選択してください。 がん種 選択してください。

家族歴詳細②: 続柄 選択してください。 罹患年齢 選択してください。 がん種 選択してください。

家族歴詳細③: 続柄 選択してください。 罹患年齢 選択してください。 がん種 選択してください。

家族歴詳細④: 続柄 選択してください。 罹患年齢 選択してください。 がん種 選択してください。

家族歴詳細⑤: 続柄 選択してください。 罹患年齢 選択してください。 がん種 選択してください。

家族歴詳細⑥: 続柄 選択してください。 罹患年齢 選択してください。 がん種 選択してください。

家族歴詳細⑦: 続柄 選択してください。 罹患年齢 選択してください。 がん種 選択してください。

登録時転移	☐ なし ☐ あり ☐ 不明 ☐ 脊髄 ☐ 脳 ☐ 眼 ☐ 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
肺がん症例	EGFR : ☐ 陰性 ☐ 陽性 ☐ 判定不能 ☐ 不明 or 未検査
	EGFR-type: ☐ G719 ☐ exon-19 決失 ☐ S768I ☐ T790M ☐ exon-20 挿入 ☐ L858R ☐ L861Q ☐ その他 ☐ 不明
	EGFR-検査方法: ☐ cobasV2 ☐ therascreen ☐ その他 ☐ 不明
	EGFR-TKI 耐性後 EGFR-T790M : ☐ 陰性 ☐ 陽性 ☐ 判定不能 ☐ 不明 or 未検査
	ALK 融合 : ☐ 陰性 ☐ 陽性 ☐ 判定不能 ☐ 不明 or 未検査
	ALK 検査方法 : ☐ IHC のみ ☐ FISH のみ ☐ IHC+FISH ☐ RT-PCR のみ ☐ RT-PCR+FISH ☐ その他 ☐ 不明
	ROS-1: ☐ 陰性 ☐ 陽性 ☐ 判定不能 ☐ 不明 or 未検査
	BRAF(V600) : ☐ 陰性 ☐ 陽性 ☐ 判定不能 ☐ 不明 or 未検査
	PD-L1(IHC) : ☐ 陰性 ☐ 陽性 ☐ 判定不能 ☐ 不明 or 未検査
	PD-L1(IHC) : 検査方法 ☐ Nivolumab/Dako28-8(BMS/小野) ☐ Pembrolizumab/Dako22C3(Merck) ☐ その他 ☐ 不明 陽性率 : %
アスベスト暴露歴 : ☐ なし ☐ あり ☐ 不明	
乳がん症例	HER2(IHC) : ☐ 陰性 ☐ 陰性(1+) ☐ 境界域(2+) ☐ 陽性(3+) ☐ 判定不能 ☐ 不明 or 未検査
	HER2(FISH) : ☐ 陰性 ☐ equivocal ☐ 陽性 ☐ 判定不能 ☐ 不明 or 未検査
	ER : ☐ 陰性 ☐ 陽性 ☐ 判定不能 ☐ 不明 or 未検査
	PgR : ☐ 陰性 ☐ 陽性 ☐ 判定不能 ☐ 不明 or 未検査
	gBRCA1 : ☐ 陰性 ☐ 陽性 ☐ 判定不能 ☐ 不明 or 未検査
	gBRCA2 : ☐ 陰性 ☐ 陽性 ☐ 判定不能 ☐ 不明 or 未検査
食道がん、 胃がん、 小腸がん、 大腸がん症例 食道がん、 胃がん、	KRAS : ☐ 陰性 ☐ 陽性 ☐ 判定不能 ☐ 不明 or 未検査
	KRAS-type : ☐ codon12 ☐ codon13 ☐ codon59 ☐ codon61 ☐ codon117 ☐ codon146 ☐ 不明
	KRAS 検査方法 : ☐ PCR-rSSO 法 ☐ その他 ☐ 不明
	NRAS : ☐ 陰性 ☐ 陽性 ☐ 判定不能 ☐ 不明 or 未検査

小腸がん、 大腸がん症例	NRAS-type : ☐ codon12 ☐ codon13 ☐ codon59 ☐ codon61 ☐ codon117 ☐ codon146 ☐ 不明
	NRAS 検査方法 : ☐ PCR-rSSO 法 ☐ その他 ☐ 不明
	HER2 : ☐ 陰性 ☐ 陰性(1+) ☐ 境界域(2+) ☐ 陽性(3+) ☐ 判定不能 ☐ 不明 or 未検査
	EGFR(IHC) : ☐ 陰性 ☐ 陽性 ☐ 判定不能 ☐ 不明 or 未検査
	BRAF(V600) : ☐ 陰性 ☐ 陽性 ☐ 判定不能 ☐ 不明 or 未検査
肝がん症例	HBsAg : ☐ 陰性 ☐ 陽性 ☐ 判定不能 ☐ 不明 or 未検査
	HBs 抗体 : ☐ 陰性 ☐ 陽性 ☐ 判定不能 ☐ 不明 or 未検査
	HBV-DNA(コピー数)
	HCV 抗体 : ☐ 低 ☐ 中 ☐ 高 ☐ 不明 or 未検査
	HCV-RNA (コピー数)
皮膚がん症例	BRAF(V600) : ☐ 陰性 ☐ 陽性 ☐ 判定不能 ☐ 不明 or 未検査

* コンパニオン診断の項目および結果の記載方法についてはC-CAT 側により頻回の改訂があるため、その都度順次改訂していく予定です。

エキスパートパネル開催前 検体情報（ Ver.5.0 ）

直接入力用

・検査に提出する検体

項目	内容
検査区分	☐ 保険 ☐ 保険外
検査種別	☐ FoundationOne®CDx ☐ FoundationOne®Liquid CDx
検体種別	☐ FFPF ☐ 新鮮凍結 ☐ 末梢血 ☐ その他 検体の保存方法の詳細
検体採取日（腫瘍組織）	
検体採取方法	☐ 生検 ☐ 手術 ☐ その他 腫瘍組織を採取した方法の詳細 ☐ 不明
検体採取部位	☐ 原発巣 ☐ 転移巣 ☐ 不明
具体的な採取部位	☐ 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 ☐ 脾 ☐ 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

エキスパートパネル開催前 薬物療法詳細一覧と有害事象一覧 (Ver.5.0) (/)

1. エキスパートパネル(EP)の開催時に薬物療法の情報が必要となります。
これまでに投与したレジメンすべてについて、正確な記載をお願いします。
2. 右上に○／△（総枚数）の形式で記入してください。
3. 2 枚目以降も、この書式をコピーしてお使いください。
4. 薬剤名は必ず実際に使用した商品及び規格（100mg/v 等）の記入をお願いします。
例）シスプラチン点滴静注 25mg「マルコ」

薬物療法（EP前）薬物療法実施の有無 ☐なし ☐あり

レジメン内容 1

※ 治験の場合は治療方針で「企業治験」または「医師主導治験」を選択して下さい。

治療方針 ☐企業治験 ☐医師主導治験 ☐先進医療 ☐患者申出治療
☐保険診療 ☐その他

治療ライン ☐1 次治療 ☐2 次治療 ☐3 次治療 ☐4 次治療
☐5 次治療以降 ☐不明

実施目的 ☐術前補助療法 ☐術後補助療法 ☐根治 ☐緩和 ☐その他実施施設 ☐自施設 ☐他施設

レジメン名

薬剤 1 ※下記の欄に正確な商品名を記載して下さい。

薬剤名（一般名）

薬剤名（商品名）

薬剤 2

薬剤名（一般名）

薬剤名（商品名）

薬剤 3

薬剤名（一般名）

薬剤名（商品名）

レジメン内容変更情報

投与開始日 (日付・曖昧指定可)

投与終了日 (日付・曖昧指定可)

☐継続中

終了理由 ☐計画通り修了 ☐無効中止 ☐副作用等で中止
☐本人希望により中止 ☐その他理由で中止 ☐不明

最良総合効果 ☐CR ☐PR ☐SD ☐PD ☐NE**有害事象（EP前）**Grade 3 以上有害事象の有無 ☐Grade3 以上なし ☐Grade3 以上あり ☐不明

※Grade 3 以上の血液毒性は必須ではありません。

有害事象 1

発現日 (日付・曖昧指定可)

CTCAEv5.0

名称日本語 (日付・曖昧指定可)

名称英語 (日付・曖昧指定可)

コード (日付・曖昧指定可)

最悪 Grade ☐Grade3 ☐Grade4 ☐Grade5 ☐不明

エキスパートパネル開催後 薬物療法（ Ver.5.0 ）

直接入力用

エキスパートパネル(EP)の開催後に、以下の形式の薬物療法が必要となります。

正確な記載をお願いします。

薬物療法（EP後）

レジメン内容 1

エキスパートパネル開催日

EPの結果治療薬の選択肢が提示された ☐ はい ☐ いいえ提示された治療薬を投与した ☐ 投与した ☐ 投与しなかった ☐ 不明
(他院で投薬した場合を含む)

※投与しなかったを選択した場合は下記の提示された治療薬を投与しなかった理由のみ入力をおねがいします。

※治験の場合は治療方針で「企業治験」または「医師主導治験」を選択して下さい。

治療方針 ☐ 企業治験 ☐ 医師主導治験 ☐ 先進医療 ☐ 患者申出治療
☐ 保険診療 ☐ その他治療ライン ☐ 1 次治療 ☐ 2 次治療 ☐ 3 次治療 ☐ 4 次治療
☐ 5 次治療以降 ☐ 不明実施施設 ☐ 自施設 ☐ 他施設

レジメン名

身長

(c m)

体重

(k g)

薬剤 1

薬剤名（一般名）

薬剤名（商品名）

(初回)投与量

単位

☐ mg/body ☐ mg/m² ☐ mg/kg ☐ lu/body☐ 経口 ☐ 静注 ☐ 点滴静注射 ☐ 皮下 ☐ 筋注 ☐ 動注 ☐ その他

薬剤 2

レジメン内容変更情報

投与開始日

(日付・曖昧指定可)

投与終了日

(日付・曖昧指定可)

☐ 継続中

最良総合効果

☐ CR ☐ PR ☐ SD ☐ PD ☐ NE

増悪確認日

(日付・曖昧指定可)

Grade 3 以上有害事象の有無 ☐ Grade3 以上なし ☐ Grade3 以上あり ☐ 不明

※Grade 3 以上の血液毒性は必須ではありません。

提示された治療薬を投与しなかった理由

- ☐ 提示された治療薬以外の化学療法を行った
- ☐ 患者が治験等を希望したが、適格・除外基準や登録期間外のため参加できなかった
- ☐ 患者の経済的事情により化学療法ができなかった
- ☐ 患者の前身の状態不良により化学療法ができなかった
- ☐ 患者が化学療法を希望しなかった
- ☐ 死亡
- ☐ その他・不明

エキスパートパネル開催後 転帰情報 （ Ver.5.0 ）

エキスパートパネル(EP)の開催後に、以下の形式の転帰情報が必要となります。
正確な記載をお願いします。

転帰情報

転帰 ☐生存 ☐死亡 ☐不明もしくは追跡不可
最終生存確認日 （日付・曖昧指定可）
死亡日 （日付）
死因 ☐原病死 ☐他部位のがん死 ☐他病死 ☐不明

