

| |
|-------------------------------|
| ご記入が終わりましたら病理標本と一緒に当院まで郵送願います |
|-------------------------------|

がんゲノム遺伝子パネル検査（初回検体送付）時 チェックリスト

| | |
|------|--|
| フリガナ | |
| 患者氏名 | |

上記患者につきまして、下記事項確認済みの上、がんゲノム遺伝子パネル検査提出前の病理診断の確認と腫瘍領域適性確認評価を依頼します。

病院名： _____ 診療科： _____ 担当医： _____

検査の適応（①～④）を満たす

- ① 標準治療のない固形がん患者様
- ② 局所進行または転移が認められて標準治療が終了（見込み含む）の固形がん患者様
- ③ 病理検査提出から約5週間後の結果説明を聞きに来られる患者様
- ④ パネル検査で臨床試験が見つかった場合、国立がん研究センターなどの他の病院へ通うことが可能

3～4ヶ月後のPS（※別紙）が0もしくは1と医学的に予測される

転移の有無 【無し・有り→部位（脳・肺・肝）○をつけてください】

予後について患者に説明している

【具体的に：

例：現在の治療継続では6ヶ月以内 等】

*なかなか予後までを予測することは難しいと思いますが、患者様に時間的な制約をご説明されていないケースが見られます。初対面に近い我々が予後を見極めたり、これを患者様へ伝えることは非常に困難であります。担当の先生からしっかりと予後についてのご説明をよろしくお願い致します。

がん腫によっては、長期予後が期待できず、なかなか治験参加に至らないと考えられる脳転移を有する症例に関しましては、ご遠慮いただく事もあります。

紹介患者様の来院時の状態および病理標本を当院にて確認した上で、がんゲノム遺伝子パネル検査の適否を判断させていただきます。状況によっては検査に進めない場合もあることをご了承ください。

*『がんゲノム遺伝子パネル検査について詳しい説明』が難しい場合、あるいは、検査をするか患者様が迷われている場合、セカンドオピニオンとして当院で対応いたします。

検査説明を依頼する。説明を聞いた後、改めて検査の申し込みをするか検討する。
（通常のセカンドオピニオン代の請求）

患者様用説明資料『がんゲノム遺伝子パネル検査をご検討されている患者様へ』を用いて説明している

病理検体のセカンドオピニオン料金について、患者様に説明している

（がんゲノム遺伝子パネル検査費用ではなく、今回の病理検体評価の料金。がんゲノム遺伝子パネル検査に至らない場合も費用が発生する）

病理検体の条件を満たしている

※今回はHE染色標本をお送り下さい。検査後標本は返却いたします。

既染色標本がない場合はブロックでも構いません。

【提出資料の確認】

- 診療情報提供書
(内容：がんの診断日/診断方法・初回診断時の臨床病期・手術日・薬物療法・経過 等)
- 病理セカンドオピニオン組織評価申込書 (病理検体がない場合は不要)
- がんゲノム遺伝子パネル検査 (初回検体送付) 時 チェックリスト
- がん診断時の原発巣と提出組織の両方の検査報告書
(病理診断がある場合は病理検査報告書、病理診断がない場合は画像検査報告書)
- 直近 (1ヶ月以内) の血液・生化学検査データ
- 直近 (1ヶ月以内) の画像検査報告書およびデータ (CD-R)
- 病理検体が ない
ある *病理検体がある場合は下記についてご確認ください。

| | |
|--|-------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> がん診断時の原発巣の病理検査報告書 | <input type="checkbox"/> 院内報告書 |
| | <input type="checkbox"/> 紹介医からの提供情報 |
| <input type="checkbox"/> 提出検体採取時の病理検査報告書 | <input type="checkbox"/> 院内報告書 |
| | <input type="checkbox"/> 紹介医からの提供情報 |

- 切出し図 (必須)
- 検体情報 下記を漏れなくご記入下さい

◆提出組織について

| | |
|----------------------------|--|
| 検体採取日 (採取のための手術または生検をした日) | 年 月 日 ※検体採取が別施設の場合、その施設での病理報告書も添付のこと |
| 検体採取方法 (腫瘍領域が5mm角以上) | <input type="checkbox"/> 手術 <input type="checkbox"/> 生検 <input type="checkbox"/> その他 【詳細： 例：腹水穿刺】 |
| 検体採取部位 | <input type="checkbox"/> 原発巣 <input type="checkbox"/> 転移巣 <input type="checkbox"/> 不明 |
| 具体的な採取部位 (臓器名) / 病理検体番号 | (臓器名) / (病理検体番号) |
| 検体採取時の臨床病期 | Stage : 1 ・ 2 ・ 3 ・ 4 (数字に○をつけてください) |

◆原発巣について

| | |
|------------|--|
| 病理診断名 (英語) | |
|------------|--|

上記確認されましたらチェック【✓】を入れて下さい。

1、2 ページをご記入の上、ご提出ください。

＜この用紙は提出不要です＞

※) PS : Performance Status

全身状態の指標の一つで、患者さんの日常生活の制限の程度を示したもの。

ECOG (Eastern Cooperative Oncology Group) が設定し日本語訳したものを使用しています。

| Score | 定義 |
|-------|---|
| 0 | 全く問題なく活動できる。発病前と同じ生活が制限なく行える。 |
| 1 | 肉体的に激しい活動は制限されるが、歩行可能で、軽作業や座っての作業は行う事ができる。 例：軽い家事、事務作業 |
| 2 | 歩行可能で自分の回りのことはすべて可能だが作業はできない。日中の50%以上はベッド外で過ごす。 |
| 3 | 限られた自分の身の回りのことしかできない。日中の50%以上はベッドか椅子で過ごす。 |
| 4 | 全く動けない。自分の身の回りの事は全くできない。完全にベッドか椅子で過ごす。 |

※※※※※ 患者様へ、費用の説明をお願いします！！ ※※※※※

がんゲノム遺伝子パネル検査の費用について

◇**病理セカンドオピニオン** …… 群馬県立がんセンター以外で治療中の方

10,000円（+税、保険診療外）

*通常のセカンドオピニオンを行った際には、別途請求いたします。

◇**検査オーダー時（検査費用① お支払い）**

| | | |
|------|---------|----------|
| 保険点数 | 44,000点 | （参考値） |
| | 3割負担 | 132,000円 |
| | 2割負担 | 88,000円 |

◇**検査結果説明時（検査費用② お支払い）**

| | | |
|------|---------|---------|
| 保険点数 | 12,000点 | （参考値） |
| | 3割負担 | 36,000円 |
| | 2割負担 | 24,000円 |

※ 高額療養費制度は、人によって（年齢・所得などによって）ひと月あたりの上限が異なります。ここ数ヶ月において、ひと月の外来受診の合計費用または入院治療費用が、どのくらいの額になっているか、調べてみましょう。結果説明時の支払いは上限内のことが多いですが、検査オーダー時の支払いはひと月の上限額近い・または超えることが多く、窓口支払いが上記参考値より減額する場合があります。

※ 上記のほかに、初診料・外来診察料などもかかります。

※ **入院中に、検査オーダーや結果説明を行うことはできません。**

特に、検査のためがんセンターへ紹介される患者様、病院関係者はご注意ください。

オーダーをして（最初の受診日）から約5週間後に再受診していただき、結果を説明します。その頃に入院中または入院予定がある場合、入院日前や退院後にごがんセンターの受診日を設定しますのでご連絡ください。また患者様は、結果説明日の日程が決まりましたら、入院する病院の医師・看護師等へお伝えください。どうしても退院が困難で、それでも外出の扱いまたは家族のみでがんセンターへ受診される場合は、当院で診療報酬を算定します。