

ご記入が заверши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の依頼時（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正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または②、および③～⑤）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（見込みも含む）の固形がん患者様
- ☐ ③ 検査申込日および約5週間後の結果説明日に本人が当院へ来院可能な患者様
- ☐ ④ 3ヶ月後のPS（※別紙）が0もしくは1と医学的に予測される患者様
- ☐ ⑤ がんゲノム遺伝子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高次医療機関へ通院可能な患者様

☐ 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、これを患者様へ伝えることは非常に困難であります。担当の先生から十分に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、治験参加が困難である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組織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、検査自体そのものを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』を用いて説明した。

☐ 病理組織検体のセカンドオピニオン料金について、患者様に説明した。

（がんゲノム遺伝子パネル検査費用ではなく、今回の病理組織検体評価の料金。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）。

☐ がんゲノム遺伝子パネル検査に提出したい病理組織検体がある。ホームページ資料③の組織標本の要件をご参照ください。

※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。

HE染色標本がない場合はブロックでも構いません。

※病理組織検体がない場合は、電話でご相談ください。

【提出資料の確認】1～6は提出必須。全資料が揃ってから受付可能となります。

<input type="checkbox"/>	1. 病理セカンドオピニオンのための病理組織検体	<input type="checkbox"/> HE 染色標本	<input type="checkbox"/> ブロック	
	1-2. <input type="checkbox"/> 転移巣でパネル検査へ提出される場合(必須→)	<input type="checkbox"/> 原発巣の病理組織検体(HE 標本)		
<input type="checkbox"/>	2. 診療情報提供書(がんゲノム遺伝子パネル検査の依頼である旨を明記。詳細な内容は6. ワークシートへ記載)			
<input type="checkbox"/>	3. がんゲノム遺伝子パネル検査の依頼時(初回検体送付)チェックリスト	ホームページ資料④		
<input type="checkbox"/>	4. 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)	ホームページ資料⑤		
<input type="checkbox"/>	5. 問い合わせ用メールアドレス記載用紙	ホームページ資料⑨		
<input type="checkbox"/>	6. がんゲノム遺伝子パネル検査に必要な各種情報記入ワークシート(がん種別)	ホームページ資料⑪		
ワークシート記載事項の原資料を下記一覧より選択し、提出してください。				
<input type="checkbox"/>	6-①原発巣のがん診断日の根拠となる資料 (資料 No. ____)	<input type="checkbox"/> 院内報告書	<input type="checkbox"/> 画像データ CD-R	<input type="checkbox"/> 画像診断レポート
			<input type="checkbox"/> 病理組織標本	<input type="checkbox"/> 病理診断レポート
		<input type="checkbox"/> 紹介医からの提供情報	<input type="checkbox"/> 画像データ CD-R	<input type="checkbox"/> 画像診断レポート
			<input type="checkbox"/> 病理組織標本	<input type="checkbox"/> 病理診断レポート
<input type="checkbox"/>	6-②病理検体でパネル検査を行う場合、提出組織の資料(資料 No. ____) 病理検体番号: _____ (必須)	<input type="checkbox"/> 院内報告書	<input type="checkbox"/> 切出し図	<input type="checkbox"/> 病理診断レポート
		<input type="checkbox"/> 紹介医からの提供情報	<input type="checkbox"/> 切出し図	<input type="checkbox"/> 病理診断レポート
<input type="checkbox"/>	6-③『重複がん』有無の根拠となる資料 (資料 No. ____) *「有」の場合は 病理組織標本・報告書ともに必須	<input type="checkbox"/> 院内報告書	<input type="checkbox"/> 画像データ CD-R	<input type="checkbox"/> 画像診断レポート
				<input type="checkbox"/> 病理診断レポート
		<input type="checkbox"/> 紹介医からの提供情報	<input type="checkbox"/> 画像データ CD-R	<input type="checkbox"/> 画像診断レポート
				<input type="checkbox"/> 病理診断レポート
<input type="checkbox"/>	6-④『多発がん』有無の根拠となる資料 (資料 No. ____) *「有」の場合は 病理組織標本・報告書ともに必須	<input type="checkbox"/> 院内報告書	<input type="checkbox"/> 画像データ CD-R	<input type="checkbox"/> 画像診断レポート
				<input type="checkbox"/> 病理診断レポート
		<input type="checkbox"/> 紹介医からの提供情報	<input type="checkbox"/> 画像データ CD-R	<input type="checkbox"/> 画像診断レポート
				<input type="checkbox"/> 病理診断レポート
※なお、原発巣および提出組織の組織診断を他施設で行っている場合、他施設より情報提供された組織診断報告書についてもご提供下さい				
<input type="checkbox"/>	6-⑤全身状態の確認、現在の転移部位の確認の資料 (直近1か月以内) (資料 No. ____)	<input type="checkbox"/> 画像データ CD-R	<input type="checkbox"/> 画像診断レポート	
		<input type="checkbox"/> 血液検査データ		
	※なお、直近1か月以内のデータがない場合は、当院の初回診察時に検査を実施または計画させていただきますので、その旨患者様のご説明いただき、ご了解いただいでください。			



資料6-①～⑤については、資料No. を明記してください。

*提出する資料にはチェック【✓】をつけてください。

*提出する資料にはチェックリストに記載した資料No. を記載してください。

(記載位置: 資料右肩もしくは左肩)

上記確認されましたら左端確認欄にチェック【✓】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。

3 ページは1、2 ページと一緒にご提出いただくか、
がんセンター受診時に忘れずにご持参ください。

チェックリスト1、2ページと一緒に郵送、または、受診時に忘れずにご持参ください。

患者氏名：

【家族歴】

家族歴有無

☐ なし

☐ あり

☐ 不明

*過去にがんと診断されているご家族がいらっしゃるかご記載ください。

がんと診断されたご家族が『あり』の場合、下記の記載欄にお一人ずつ続柄・がん種・罹病年齢を記載してください。

【続柄】 *右記より該当する続柄の番号を選択してください。	1	父	5	同胞(女性)	9	祖父母(詳細不明)	13	大おば(母方)	17	おば(母方)	21	いとこ(父方)
	2	母	6	子	10	大おじ(父方)	14	おじ(父方)	18	おじおば(詳細不明)	22	いとこ(母方)
	3	親(詳細不明)	7	祖父母(父方)	11	大おじ(母方)	15	おじ(母方)	19	甥姪	23	いとこ(詳細不明)
	4	同胞(男性)	8	祖父母(母方)	12	大おば(父方)	16	おば(父方)	20	孫	24	不明の血縁者

【がん種】 *右記より該当するがん種の番号を選択してください。	1	中枢神経系	9	甲状腺	17	小腸	25	副腎	33	子宮(その他・詳細不明)	41	髄膜
	2	脳	10	肺	18	虫垂	26	膀胱	34	卵巣/卵管	42	骨髄系
	3	眼	11	胸膜	19	大腸	27	尿管	35	膣	43	リンパ系
	4	口腔	12	胸腺	20	肝	28	前立腺	36	皮膚	44	造血器(その他)
	5	咽頭	13	乳	21	胆道	29	精巣	37	骨	45	造血器(詳細不明)
	6	喉頭	14	食道	22	脾	30	陰茎	38	筋肉	46	末梢神経系
	7	鼻・副鼻腔	15	胃	23	腎	31	子宮体部	39	軟部組織	47	原発不明
	8	唾液腺	16	十二指腸乳頭部	24	腎盂	32	子宮頸部	40	腹膜	48	その他 ※
											49	不明
※『48：その他』は、該当するがん種がない場合、かつ『49:不明』以外の場合に選択してください。												

【罹病年齢】 (病気になった年齢) *右記より該当する年齢の番号を選択してください。	ア	10歳未満	イ	10歳代	ウ	20歳代	エ	30歳代	オ	40歳代
	カ	50歳代	キ	60歳代	ク	70歳代	ケ	80歳代	コ	90歳代

記載欄

記載例1：お父さんが、62歳で胃癌、75歳で肺癌と診断されている場合。
記載例2：お母さんが、59歳で子宮体癌と診断されている場合。

	記載例1	記載例2	家族 1	家族 2	家族 3	家族 4
続柄	1	2				
がん種	15	31				
罹病年齢	キ	カ				
がん種	10					
罹病年齢	ク					

【生活習慣】

【喫煙歴】
*これまで喫煙をされたことがありますか？

☐ なし

☐ あり

喫煙年数 年 1日の本数 本

【アルコール】
*お酒を飲みますか？

☐ いいえ

☐ はい

アルコール種類と1回の飲酒量 例)ビール大瓶3本と日本酒1合

3

＜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

20,000 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、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。

※ 貴院入院中に、**検査オーダーや結果説明を行うことはできません。**

特に、がんゲノム遺伝子パネル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。

この検査の同意（最初の受診日）後から約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、がんゲノム遺伝子パネル検査が実施や結果の説明ができません。