

申し込み日付 年 月 日

君津中央病院 がんゲノム外来 FAX 予約申込書

(24 時間受信可) FAX:0438-36-1417 がんゲノム医療情報室

内容確認後、当院がんゲノム担当者 から 貴院ご担当者様 に折り返しご連絡をさせて頂きます。

患者情報			
ふりがな			
患者氏名	様		
生年月日	西暦 年 月 日	性別	男性 · 女性
住所	〒 -		
連絡がとりやすい順番に記載してください(必ず2つ記載してください)			
電話番号①			関係 <input type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> ()
電話番号②			関係 <input type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> ()
当院受診歴	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 不明 <input type="checkbox"/> あり(ID:)		
医療費	負担割合	割	
	「高額療養費制度」を利用するための手続き		済 · 未
	利用	<input type="checkbox"/> マイナ保険証を利用している ※健康保険証利用登録を行ったマイナンバーカードを提出し、「限度額情報の表示」に同意する方法	
		<input type="checkbox"/> 限度額適応認定証を利用している ※「限度額適応認定証」を保険証と併せて医療機関等の窓口に提出する方法	
貴院情報			
医療機関名			
所在地	〒 -		
電話番号		FAX	
ご担当医	診療科: 医師名:		
貴院への連絡方法	連絡先: (<input type="checkbox"/> 上記ご担当医様 <input type="checkbox"/> その他: 様 <職種: >)		
	連絡方法: (<input type="checkbox"/> 上記電話番号 <input type="checkbox"/> その他:)		
※連絡不可の曜日や時間帯があればご記載ください			
その他、ご質問や特記事項などがございましたら、ご記載ください			

基本情報(適格確認のため使用致します)			
疾患名		stage	
組織検体	<input type="checkbox"/> 検査に適したがん組織検体がある →下表を記載 <input type="checkbox"/> 検査に適したがん組織検体がない		
希望する 検査	<input type="checkbox"/> 適した検査を選んでほしい <input type="checkbox"/> 希望あり <div style="display: flex; justify-content: space-around;"> (組織検体)<input type="checkbox"/> FoundationOne CDx <input type="checkbox"/> NCC オンコパネルシステム </div> <div style="display: flex; justify-content: space-around;"> (血液検体)<input type="checkbox"/> FoundationOne Liquid CDx <input type="checkbox"/> Guardant360 CDx </div> <p>※状態や検体の品質等によって、希望する検査に提出できないことがありますので、ご了承ください</p>		
治療状況	現在、抗がん剤治療中ですか? <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい (レジメン名:) (次クール投与日: 月 日) 現在、放射線治療中ですか? <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい (照射終了日: 月 日)		
下記の①～⑤の条件に全て該当する方が対象です。チェック項目もご確認下さい。			<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
①	ECOG Performance Status 0～1 である		<input type="checkbox"/>
②	悪性固形腫瘍(血液のがん以外)と診断されている(18歳以上)		<input type="checkbox"/>
③	切除不能または再発の病変を有する下記のいずれかである <input type="checkbox"/> 原発不明がん <input type="checkbox"/> 標準治療がない、標準治療が終了している、もしくは終了が見込まれている		<input type="checkbox"/>
④	全身状態が不良ではない ※紹介いただいた患者さんが検査を受け、その結果説明を受けた後(検査開始から概ね3ヶ月後)に、化学療法実施可能な全身状態であると予測されること		<input type="checkbox"/>
⑤	がん遺伝子パネル検査の費用が保険診療の場合: 560,000円を了承している ※患者負担3割の場合 168,000円、1割の場合 56,000円。その他、診察料、判断料あり。 高額療養費制度が適応されます。		<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	入院中に検査はできません	⇒入院予定がある場合入院日と理由:	
<input type="checkbox"/>	受診時には、本人が同意した家族の同伴ができる ※独居、事情により家族の同伴が困難等の理由がある場合は、事前にご相談ください	⇒家族同伴が困難な場合、その理由:	
<input type="checkbox"/>	今回の紹介は、検査依頼であり、転医ではないことを了承している		
予約希望情報 ※がんゲノム外来は平日午後です。予約日時はご希望に添えない場合がございますので、予めご了承ください			
<input type="checkbox"/> 下記以外、いつでも良い <input type="checkbox"/> 希望日あり(希望日:)			
受診出来ない日:			

■病理組織標本を用いたがんゲノム検査を希望される場合は、以下の質問にお答えください

病理組織標本情報			
①	<input type="checkbox"/> ホルマリン固定パラフィン包埋(FFPE)ブロックを貸出可能である <input type="checkbox"/> ホルマリン固定パラフィン包埋(FFPE)ブロックを貸出不可である ※原則として検査には FFPE ブロックが必要です 貸出不可の場合、当院病理部(板垣/伊藤)(0438-36-1071(内線 3321))まで直接ご相談ください		
②	<input type="checkbox"/> 固定には 10% 中性緩衝ホルマリンが使用されている <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> 不明		
③	<input type="checkbox"/> 細胞の脱灰処理が行われていない(EDTA 脱灰は除く) <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> 不明		
④	<input type="checkbox"/> ホルマリン固定が 48 時間以内である <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ(固定時間:) <input type="checkbox"/> 不明		
⑤	<input type="checkbox"/> 細胞採取後 3 年以内である <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ(採取後 年)		
⑥	<input type="checkbox"/> 過去に受けた放射線治療の照射範囲に含まれていない <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ		

チェックリスト：本紙は送信不要です

- 検査適格性について、確認してください

【適格基準】

- ①標準治療がない固形がん患者（この場合は未治療でも適格）又は 局所進行 若しくは転移が認められ標準治療が終了となった固形がん患者（終了が見込まれる患者を含む）
- ②関連学会の化学療法に関するガイドライン等に基づき、全身状態・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患者
- ③遺伝子解析可能な腫瘍組織がある、又は末梢採血が可能

- 貴院で、検査の概要、費用、注意点などについて説明頂き、検査の希望を確認してください

【がんゲノム情報管理センター（C-CAT）ホームページより抜粋】

■この検査の概要

患者さんのがん組織や血液を使って、がん細胞の数十から数百の遺伝子を一度に調べ、その中で起きている遺伝子の変化を確認します。遺伝子の変化によっては、効きやすい薬が分かる場合があります。検査結果は「エキスパートパネル」と呼ばれる専門家の集まりで検討し、担当医はエキスパートパネルで話し合われた結果を参考にして、治療法を患者さんに提案します。

■費用

保険診療で合計 560,000 円、お支払い額は患者負担割合によって異なります。

患者負担 3 割の場合 168,000 円、1 割の場合 56,000 円です。

その他、診察料、判断料がかかります。高額療養費制度が適応されます。

■この検査の注意点

①がんの種類や全身状態などによって検査を受けられないことがあります。

②治療につながる情報が得られないこともあります。（治療到達実績は 1 割程度）

- 患者様が検査をご希望されたら、がんゲノム外来 FAX 予約申込書を送信してください。
当院がんゲノム担当者から貴院に電話連絡し、詳細確認と受診についてのご案内を致します。
※FAX 送信から 1 週間以内にご連絡いたします。連絡がない場合は、お手数ですが、お問い合わせください。

- 初診時にお持ち頂く書類（初診日 7 日前までに FAX の上、初診時に原本持参）

✓全ての患者さま

- 診療情報提供書（がんの治療歴、治療内容がわかるようにご記載下さい。）
- (2)がん遺伝子パネル検査 患者登録票（ホームページからダウンロードして下さい。）
- 貴院にある全ての病理診断書のコピー
- 貴院にある全ての遺伝子関連検査結果コピー
(例)EGFR 変異、RAS 変異、HER2-FISH、MSI、BRACAnalysis、
myChoice、臨床試験、自費診療の遺伝子パネル検査 等

✓病理組織標本を用いたがんゲノム検査を希望される場合（後日、返却いたします）

- 病理プロック
- 診断に用いた貴院の病理組織ガラス標本
(例)HE 染色標本、免疫染色標本など