

がん遺伝子パネル検査目的の当院受診について

貴院の患者さんが当院のがん遺伝子パネル検査を希望される場合、以下の手続きをお願いいたします。
(患者さんから直接のがんゲノム検査外来の予約は受け付けておりません。)

必要な書類等

紹介元の医療機関にて、下記をご用意ください。

1. 熊本大学病院 **がんゲノム検査申込書** (本書類 3 ページ目)
2. **診療情報提供書** (様式自由) ※記載必要項目あり。2 ページ目参照
3. **検査結果および画像検査結果**のコピーもしくは CD-R
4. 病理診断用 **HE 染色スライド** および パラフィン包埋**ブロック標本** (2 ページ目参照)
5. **病理診断書**
6. 看護情報提供書 (様式自由、必要時任意)
7. チェックリスト (本書類 2 ページ目)
8. 同意書・事前調査票 (本書類 4、5、6 ページ目) ※患者さんにご記入いただく書類です。

予約方法

1. 「がんゲノム検査外来 診療申込書」を、医療機関からがんゲノムセンターまでFAXにて送付してください。
宛先：熊本大学病院 がんゲノムセンター (医療サービス課) FAX:096-373-6287
2. 上記必要書類等1の原本と2～7をご郵送ください。(6は任意)
※書類や検体に不備がありますと検査の開始が遅れることがありますので、ご注意ください。
宛先：熊本大学病院 がんゲノムセンター
〒860-8556 熊本市中央区本荘 1 - 1 - 1 (医療サービス課)
3. 検体の腫瘍細胞割合等を事前にチェックさせていただきます。(規定に満たない場合は、標本の追加提供や変更をお願いしており、出検までに時間を要します。)
4. がんゲノム検査外来の予約をお取りします。(患者さんへ直接ご連絡いたします。)
5. 上記必要書類等の5を患者さんへお渡しいただき、ご記入の上当院来院時に持参いただくようお願いください。

お申し込み後ご対応いただきたいこと (がんゲノム検査外来予約完了後)

◎ 検査開始のオーダー登録およびC-CATへの登録に必要な「臨床情報のご提供*」をお願いいたします。

* 臨床情報のご提供は必要に応じ事務担当よりお願いいたします。

ご紹介にあたって留意いただきたいこと

1. がん遺伝子パネル検査は、検査結果説明までに約2ヶ月程かかります。
2. その後、推奨治療が存在する場合などの症例に対してがん薬物療法が検討されます。治療実施施設は推奨された治療の内容によって異なり、治験等の実施施設へ紹介となる場合があります。
3. がん遺伝子パネル検査を実施する上で、下記に該当する場合は保険診療の適応外となる可能性が高いことを患者さんにご説明ください。
 PSが2以上である。 ご本人の外来受診が不可能である。
 生命予後が1-2ヶ月以内と予想される。

お問い合わせ先

熊本大学病院 がんゲノムセンター (医療サービス課) 電話：096-373-5643 (直通)

様 がんゲノム検査提出準備チェックリスト

がんゲノム検査施行にあたり、下記を参考にいただきご準備お願いいたします。

以下をご準備後、本票もご提出ください。（ご準備の際、□にチェックを入れご確認ください。）

- がんゲノム検査申込書**
 - 診療情報提供書（下記を記載お願いいたします。）**
 - これまでの薬物療法内容（開始日～終了日 および治療効果判定と有害事象情報等）
 - 過去の遺伝子検査結果
 - 検査結果および画像検査結果のコピーもしくはCD-R**
 - 病理診断用HE染色スライド および パラフィン包埋ブロック標本**（※下記「標本について」参照）
 - 病理診断書（上記ブロック分）**
 - 看護情報提供書（任意）**
 - 本チェックリスト**
- 同意書・事前調査票は患者さまへお渡しいただきましたか？

がんゲノム検査で使用する病理組織標本（FFPE 標本）について

◎病理標本の提出は可能な限りブロックでお願いいたします。

- ・原則、組織表面積 25 mm²以上、腫瘍細胞率 30%以上、3年以内作製のブロックが対象です。
- ・ブロックでの提出が難しい場合、以下に沿った標本提出をお願いします。
 - 未染色スライド（厚さ 5μm） 組織表面積 25 mm²以上の場合 15 枚
※それ以下の場合は右の公式で計算してください：提出枚数 = 10 + 1 / (0.005 × 組織表面積)
 - HE 染色スライド（こちらは提出用のため返却しません）
- ・切り出しは腫瘍細胞がなるべく多く含まれている部位を選択してください。
※腫瘍細胞が 50%以下でも検査できることがありますが、腫瘍細胞の割合が少ないと精度が低くなります。一般には最低 20%の腫瘍細胞割合が必要とされています。当院でも HE 染色標本で評価いたしますが、検体が検査に適さないと判断された場合、検査をお断りする場合があります。
- ・中性緩衝ホルマリン以外（緩衝作用のないホルマリン、酸性ホルマリン）で固定されたもの、ホルマリン固定時間が長いもの（48 時間を超えるもの）や、古い検体（5 年以上経過したもの）は核酸の状態が悪く、検査ができない可能性が高くなります。
※組織標本の固定に関して、詳しくは「ゲノム診療用病理組織検体取扱規程」（日本病理学会）をご参照ください。
- ・上記検体がない場合、新たに検体採取が可能な病変があれば、検査可能な場合があります。
※がんゲノム検査外来では検体採取を行っておりません。紹介いただく医療機関にて採取いただくか、もしくは予め当院の担当診療科に患者さんをご紹介いただくようお願い致します。

主治医の先生作成

予約時にごんゲノムセンターへ送信
096-373-6287（医療サービス課）

ごんゲノム検査外来 診療申込書

※□はいずれかに☑（チェック）をしてください。

申込日 年 月 日

受診者情報			
フリガナ 患者氏名	(□男・□女)	年齢 生年月日	歳 西暦 年 月 日
住所			
電話番号	①	②	
当院受診歴	□なし □あり	診察券の番号 ()	
病名	貴院受診状況	□外来通院中 □入院中 ※外来でのみ受け付けます	
原発臓器	<input type="checkbox"/> 食道 <input type="checkbox"/> 胃 <input type="checkbox"/> 十二指腸/小腸 <input type="checkbox"/> 結腸/直腸/肛門 <input type="checkbox"/> 肝/胆/膵 <input type="checkbox"/> 頭頸部 <input type="checkbox"/> 肺/縦隔 <input type="checkbox"/> 腎 <input type="checkbox"/> 乳腺 <input type="checkbox"/> 子宮/卵巣 <input type="checkbox"/> 骨/軟部 <input type="checkbox"/> 小児 <input type="checkbox"/> 脳/脊髄 <input type="checkbox"/> 皮膚 <input type="checkbox"/> 甲状腺 <input type="checkbox"/> 泌尿器 <input type="checkbox"/> その他 ()		
PS	<input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 ※PS(Performance Status)が0~1の方のみ検査の対象です。		
検体	<input type="checkbox"/> 組織検体 (FoundationOne CDx / NCCオンコパネル) ※右項目に☑をお願いいたします	病理 標本	<input type="checkbox"/> ホルマリン固定パラフィン包埋 (FFPE) 切片標本 <input type="checkbox"/> ブロック (当院でスライド作成後、残りを返却します。) <input type="checkbox"/> その他 () <input type="checkbox"/> なし ※生検可能部位 <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし
	<input type="checkbox"/> リキッドバイオブシー (FoundationOne Liquid CDx) ※採血は同意後に当院で行います。		
希望受診日	<input type="checkbox"/> いつでもよい <input type="checkbox"/> 希望日 (年 月 日) ※予約日時に関してはご希望に沿えない場合がございます <input type="checkbox"/> 受診できない日 () ・ごんゲノム検査外来は原則として週1回木曜日午前中の予約診療となっております。		
紹介元情報			
(送信元) 医療機関名		診療科	
ご担当医	先生		
TEL (直通)		FAX	
ご担当者 (諸連絡先)	(部署名)	(ご氏名) 様	
継続支援先 ご担当看護師・ケースワーカー等担当者	所属部署 () ご氏名 () 様 TEL ()		
◎継続したサポートをお願いしたい場合、貴施設のご担当者のかたへ看護情報提供書を送付、または電話連絡をいたします。ご担当の方より事前の情報提供が必要な場合は、下記連絡先へご連絡ください。			

・診療情報提供書（様式自由）と一緒にFAXにてご送信ください。

（送信後、各原本とその他必要書類および組織標本等をご郵送ください。）

お問い合わせ先：熊本大学病院 ごんゲノムセンター（医療サービス課）TEL：096-373-5643（直通）

熊本大学病院

がんゲノム検査外来受診 同意書

熊本大学病院長 殿

私は、熊本大学病院のがんゲノム検査外来を受診するにあたり、検査申し込みの有無にかかわらずがんゲノム検査説明料として、保険適用外料金として定められた金額（11,000 円）を支払うことに同意致します。

【本人署名欄】

同意年月日： 年 月 日

署 名： _____ 印

【代諾者署名欄】（患者さんが未成年または自筆困難の場合）

同意年月日： 年 月 日

署 名： _____ 印

患者氏名： _____

続 柄： _____

代諾者同意である理由：患者さんが未成年または成年後見人のため
患者さんが自筆困難なため

(以下は該当する場合に記入)

同席者氏名 _____ (患者さんとの続柄 _____)

同席者氏名 _____ (患者さんとの続柄 _____)

※この同意書は、がんゲノム検査外来受診の際にご持参下さい。

ご本人とご家族の病気に関する調査票

当院ではご自身やご家族の病気について詳しくお伺いするために、調査票のご記入をお願いしています。ご記入いただいた情報をもとに、必要に応じて医療スタッフが直接詳しく伺うことがあります。遺伝的なリスクが高いと判断された場合には、当院遺伝カウンセリング外来における遺伝カウンセリングなどをお勧めする場合があります。

氏名 _____

年齢 _____ 歳

ご記入日 _____ 年 _____ 月 _____ 日

【1】あなたご自身のことを教えてください。

- ・喫煙歴： なし / あり _____ 本（日） _____ 年間
- ・飲酒歴： なし / 禁酒した / あり 頻度：月に一度/月に2-4度/月に2-3度/月に4度以上
- ・現在投与中の薬： _____
- ・今までに罹った病気と、その年齢： _____
- ・アレルギー歴： _____

【2】ご家族のことを教えてください。性別に○を、お亡くなりになった方には年齢に○をご記入ください。

- ・お子様： a男・女 _____ 歳 b男・女 _____ 歳 c男・女 _____ 歳 d男・女 _____ 歳
- ・お子様の子（孫）：

aの子	bの子	cの子	dの子
男・女 _____ 歳	男・女 _____ 歳	男・女 _____ 歳	男・女 _____ 歳
男・女 _____ 歳	男・女 _____ 歳	男・女 _____ 歳	男・女 _____ 歳
男・女 _____ 歳	男・女 _____ 歳	男・女 _____ 歳	男・女 _____ 歳
- ・兄弟姉妹：

①男・女 _____ 歳	②男・女 _____ 歳	③男・女 _____ 歳	④男・女 _____ 歳
--------------	--------------	--------------	--------------
- ・兄弟姉妹の子：

①の子	②の子	③の子	④の子
男・女 _____ 歳	男・女 _____ 歳	男・女 _____ 歳	男・女 _____ 歳
男・女 _____ 歳	男・女 _____ 歳	男・女 _____ 歳	男・女 _____ 歳
男・女 _____ 歳	男・女 _____ 歳	男・女 _____ 歳	男・女 _____ 歳
- ・父親（ _____ 歳）の兄弟姉妹：男・女 _____ 歳 男・女 _____ 歳 男・女 _____ 歳 男・女 _____ 歳
- ・母親（ _____ 歳）の兄弟姉妹：男・女 _____ 歳 男・女 _____ 歳 男・女 _____ 歳 男・女 _____ 歳
- ・父系祖父（ _____ 歳）の兄弟姉妹：男・女 _____ 歳 男・女 _____ 歳 男・女 _____ 歳
- ・父系祖母（ _____ 歳）の兄弟姉妹：男・女 _____ 歳 男・女 _____ 歳 男・女 _____ 歳
- ・母系祖父（ _____ 歳）の兄弟姉妹：男・女 _____ 歳 男・女 _____ 歳 男・女 _____ 歳
- ・母系祖母（ _____ 歳）の兄弟姉妹：男・女 _____ 歳 男・女 _____ 歳 男・女 _____ 歳

- ・父方の家系・母方の家系・兄弟姉妹・お子様・お孫さんに、がんの方がいらっしゃいますか。

(例)

がんの種類	父親/父親側の家系	診断された年齢	母親/母親側の家系	診断された年齢	兄弟・姉妹/子ども	診断された年齢
肺がん	父	53歳	なし			
乳がん	なし		おば・祖母	45歳・55歳	姉	48歳

がんの種類	父親/父親側の家系	診断された年齢	母親/母親側の家系	診断された年齢	兄弟・姉妹/子ども	診断された年齢

- ・ご家族の中で同居されている人はどなたですか。

{ }

- ・治療のこと、生活のことなど一番相談に乗ってくれる人はどなたですか。

{ }

【3】 今後の見通し（治療方針、予後など）について、主治医からどのように説明を受けていますか。

{ }

【4】 当外来を受診するに至った経緯を教えてください。

自分で調べた/主治医に勧められた/その他

{ }

【5】 がんゲノム医療の費用について、あなたやご家族の希望をお聞かせください。

- 保険診療の範囲で希望する。
- 保険適用でない場合、自費でも希望する。

【6】 現在お仕事をされていますか。

- はい（現在のご職業についてご記入ください）（)
- いいえ（以前就かれていたご職業についてご記入ください）（)

【7】 先進医療特約が付いた民間保険の有無について教えてください。

あり / なし / わからない