

北海道がんセンター 担当科に紹介する際、診療情報提供書とともに記載をお願いいたします。

北海道がんセンター地域医療連携室 FAX 011-811-9110

患者名

年

月

日生

病理診断名				
診断日		西暦()年()月()日		
ステージ	○1 ○2 ○3 ○術後再発 ○その他 ○不明			
喫煙歴	○有 ○無 ○不明			
	喫煙年数()年		1日の本数()本	
アルコール多飲歴	○有 ○無 ○不明			
ECOG PS	○0 ○1 ○2 ○3 ○4 ○不明			
重複がん	○有 ○無 ○不明			
	有の場合部位()			
	活動性 ○有 ○無 ○不明			
多発がん	○有 ○無 ○不明			
	有の場合部位()			
	活動性 ○有 ○無 ○不明			
家族歴	○有 ○無 ○不明			
	詳細①	続柄()		
		癌腫()		<input type="checkbox"/> 不明
		罹患年齢()歳		<input type="checkbox"/> 不明
	詳細②	続柄()		
		癌腫()		<input type="checkbox"/> 不明
		罹患年齢()歳		<input type="checkbox"/> 不明
	詳細③	続柄()		
		癌腫()		<input type="checkbox"/> 不明
		罹患年齢()歳		<input type="checkbox"/> 不明
	詳細④	続柄()		
		癌腫()		<input type="checkbox"/> 不明
		罹患年齢()歳		<input type="checkbox"/> 不明
	詳細⑤	続柄()		
		癌腫()		<input type="checkbox"/> 不明
		罹患年齢()歳		<input type="checkbox"/> 不明
登録時転移	○有 ○無 ○不明			
	部位()			
胃カメラ実施歴	○無 ○有	ポリープの有無	○無 ○有	(ありの場合ポリープの個数 個)
大腸カメラ実施歴	○無 ○有	ポリープの有無	○無 ○有	(ありの場合ポリープの個数 個)
MSI	○ 陰性 ○ 陽性(High) ○未検査			

該当する癌種の箇所のみご記載ください(該当しない癌種の場合は記載不要です)。

肺がん症例	EGFR	変異	<input type="radio"/> 陰性 <input type="radio"/> 陽性 <input type="radio"/> 判定不能 <input type="radio"/> 不明/未検査		
		種類	<input type="checkbox"/> ex19del <input type="checkbox"/> L858R <input type="checkbox"/> T790M <input type="checkbox"/> G719X <input type="checkbox"/> ex20ins <input type="checkbox"/> S768I <input type="checkbox"/> L861Q <input type="checkbox"/> 不明 <input type="checkbox"/> その他 ()		
		検査法	<input type="radio"/> Cobas2.0 <input type="radio"/> Therascreen <input type="radio"/> 不明 <input type="radio"/> その他 ()		
		TKI耐性後T790M			
			<input type="radio"/> 陰性 <input type="radio"/> 陽性 <input type="radio"/> 判定不能 <input type="radio"/> 不明/未検査		
	ALK	融合	<input type="radio"/> 陰性 <input type="radio"/> 陽性 <input type="radio"/> 判定不能 <input type="radio"/> 不明/未検査		
		検査法	<input type="checkbox"/> IHCのみ <input type="checkbox"/> FISHのみ <input type="checkbox"/> IHC+FISH <input type="checkbox"/> PT-PCRのみ <input type="checkbox"/> PT-PCR+FISH <input type="checkbox"/> 不明 <input type="checkbox"/> その他 ()		
	ROS1	融合	<input type="radio"/> 陰性 <input type="radio"/> 陽性 <input type="radio"/> 判定不能 <input type="radio"/> 不明/未検査		
	BRAF	V600E	<input type="radio"/> 陰性 <input type="radio"/> 陽性 <input type="radio"/> 判定不能 <input type="radio"/> 不明/未検査		
	PD-L1	IHC	<input type="radio"/> 陰性 <input type="radio"/> 陽性 <input type="radio"/> 判定不能 <input type="radio"/> 不明/未検査		
検査法		<input type="radio"/> Dako28-8 <input type="radio"/> Dako22C3 <input type="radio"/> 不明 <input type="radio"/> その他 ()			
陽性率		() %			
	アスベスト暴露歴	<input type="radio"/> 有 <input type="radio"/> 無 <input type="radio"/> 不明			
乳がん症例	HER2	IHC	<input type="checkbox"/> 陰性 <input type="checkbox"/> 陰性(1+) <input type="checkbox"/> 境界域(2+) <input type="checkbox"/> 陽性(3+) <input type="checkbox"/> 判定不能 <input type="checkbox"/> 不明/未検査		
		FISH	<input type="checkbox"/> 陰性 <input type="checkbox"/> equivocal <input type="checkbox"/> 陽性 <input type="checkbox"/> 判定不能 <input type="checkbox"/> 不明/未検査		
	ER	IHC	<input type="radio"/> 陰性 <input type="radio"/> 陽性 <input type="radio"/> 判定不能 <input type="radio"/> 不明/未検査		
	PgR	IHC	<input type="radio"/> 陰性 <input type="radio"/> 陽性 <input type="radio"/> 判定不能 <input type="radio"/> 不明/未検査		
	gBRCA1		<input type="radio"/> 陰性 <input type="radio"/> 陽性 <input type="radio"/> 判定不能 <input type="radio"/> 不明/未検査		
	gBRCA2		<input type="radio"/> 陰性 <input type="radio"/> 陽性 <input type="radio"/> 判定不能 <input type="radio"/> 不明/未検査		
食道・胃・小腸・大腸がん症例	KRAS	変異	<input type="radio"/> 陰性 <input type="radio"/> 陽性 <input type="radio"/> 判定不能 <input type="radio"/> 不明/未検査		
		種類	<input type="checkbox"/> Codon12 <input type="checkbox"/> Codon13 <input type="checkbox"/> Codon59 <input type="checkbox"/> Codon61 <input type="checkbox"/> Codon117 <input type="checkbox"/> Codon146 <input type="checkbox"/> その他 ()		
		検査法	<input type="radio"/> PCR-rSSO <input type="radio"/> その他 <input type="radio"/> 不明		
	NRAS	変異	<input type="radio"/> 陰性 <input type="radio"/> 陽性 <input type="radio"/> 判定不能 <input type="radio"/> 不明/未検査		
		種類	<input type="checkbox"/> Codon12 <input type="checkbox"/> Codon13 <input type="checkbox"/> Codon59 <input type="checkbox"/> Codon61 <input type="checkbox"/> Codon117 <input type="checkbox"/> Codon146 <input type="checkbox"/> その他 ()		
		検査法	<input type="radio"/> PCR-rSSO <input type="radio"/> その他 <input type="radio"/> 不明		
	HER2	IHC	<input type="checkbox"/> 陰性 <input type="checkbox"/> 陰性(1+) <input type="checkbox"/> 境界域(2+) <input type="checkbox"/> 陽性(3+) <input type="checkbox"/> 判定不能 <input type="checkbox"/> 不明/未検査		
	EGFR	IHC	<input type="radio"/> 陰性 <input type="radio"/> 陽性 <input type="radio"/> 判定不能 <input type="radio"/> 不明/未検査		
	BRAF	V600E	<input type="radio"/> 陰性 <input type="radio"/> 陽性 <input type="radio"/> 判定不能 <input type="radio"/> 不明/未検査		

該当する癌種の箇所のみご記載ください(該当しない癌種の場合は記載不要です)。

肝がん症例	HBsAg	<input type="radio"/> 陰性	<input type="radio"/> 陽性	<input type="radio"/> 判定不能	<input type="radio"/> 不明/未検査	
	HBsAb	<input type="radio"/> 陰性	<input type="radio"/> 陽性	<input type="radio"/> 判定不能	<input type="radio"/> 不明/未検査	
	HBV-DNA	()logIU/ml				
	HCVAb	<input type="radio"/> 低	<input type="radio"/> 中	<input type="radio"/> 高	<input type="radio"/> 不明/未検査	
	HCV-RNA	()logIU/ml				
皮膚がん症例	BRAF	V600E	<input type="radio"/> 陰性	<input type="radio"/> 陽性	<input type="radio"/> 判定不能	<input type="radio"/> 不明/未検査

ご協力ありがとうございました。

北海道がんセンター がんゲノム医療センター