

## 国立がん研究センター中央病院 がんゲノム診療 初診/セカンドオピニオン取得事前チェックリスト

ゲノム検査（遺伝子パネル検査）は、検査結果が出るまでに 4～6 週かかり、それ以降で、該当症例はがん薬物療法が開始されます。ゲノム検査（遺伝子パネル検査）を実施する上で、下記を☑していただき、該当する予約を取得して下さい。

|                                            | はい                       | いいえ                      |
|--------------------------------------------|--------------------------|--------------------------|
| 現在 PS が 0-2 である。                           | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 1 か月につき 2-4 回程度の当院への定期通院が可能である。            | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 生命予後が 3 ヶ月以上あると推定される。                      | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| パネル検査実施 1.5～2 カ月後に造血能や臓器機能が維持され化学療法が可能である。 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 経口摂取が可能である。                                | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 既存の組織検体あり、または、今後も採取することができる。               | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

ゲノム初診の予約が可能です。

次ページ申込書を FAX してください。  
0120-489-512（24 時間受信可）

一つでも☑があればセカンドオピニオンでゆっくり相談することをお勧めします。

通常の初診、セカンドオピニオンは予約センターを通じてご予約ください。入院中の受診はセカンドオピニオンになりますのでご注意ください。

予約センター連絡先 TEL：03-3547-5130  
（10 時～16 時 土日祝日、年末年始を除く）

### 受診時に必要な書類のご案内

|                                                                                        |                                                                                                                                        |                                                                                                                |
|----------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>遺伝子パネル検査未実施の場合</b><br><br>（基本的には、近隣のがんゲノム医療連携・拠点病院（最終頁参照）でパネル検査を受けていただくようお願いしています。） | <input type="checkbox"/> 診療情報提供書                                                                                                       |                                                                                                                |
|                                                                                        | <input type="checkbox"/> 資料（実施された画像検査や血液検査など）                                                                                          |                                                                                                                |
|                                                                                        | <input type="checkbox"/> 診断に用いた病理標本                                                                                                    |                                                                                                                |
|                                                                                        | <input type="checkbox"/> 病理診断書のコピー                                                                                                     |                                                                                                                |
|                                                                                        | <input type="checkbox"/> 剥離防止スライドガラス末染 5 μm25 枚（4 ページ目の「がん遺伝子パネル検査用病理検体準備のお願い」を必ず参照の上、ご準備ください）                                         |                                                                                                                |
| <b>遺伝子パネル検査実施済みの場合</b>                                                                 | <input type="checkbox"/> 診療情報提供書<br><input type="checkbox"/> 資料（実施された画像検査や血液検査など）<br><br><input type="checkbox"/> 遺伝子パネル検査結果（右記の資料すべて） | <input type="checkbox"/> エキスパートパネルでの検討結果が分かる資料（レポートやそれに相当するもの）                                                 |
|                                                                                        |                                                                                                                                        | <input type="checkbox"/> 検査会社から返却される検査結果報告書の <u>すべてのコピー</u><br>例: NCC オンコパネル<br>・ Sequencing Report ・ サマリーレポート |
|                                                                                        |                                                                                                                                        | <input type="checkbox"/> C-CAT 調査結果（C-CAT 登録症例で提供可能な時）のコピー                                                     |
|                                                                                        |                                                                                                                                        |                                                                                                                |

# 国立がん研究センター 中央病院がんゲノム初診FAX予約申込書

本申込書を情報提供書とともに予約センターにFAXしてください。

**FAX 0120-489-512 (24 時間受信可)**

**ゲノム検査（遺伝子パネル検査）は実施済みですか？**

**↓ 必ずチェックしてください。**

☐ 未だ実施していません → 近隣のがんゲノム医療連携・拠点病院（最終頁にあります）でパネル検査を受けてください

☐ 実施して結果があります → 前頁の④に従って初診またはセカンドオピニオンを取得してください

☐ 実施しましたが結果は未です → 結果とともに受診をしてください

## 受診者情報

|              |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |        |                                                                               |    |       |
|--------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------|-------------------------------------------------------------------------------|----|-------|
| フリガナ<br>患者氏名 |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |        | 年齢                                                                            | 歳  |       |
|              | (男・女)                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |        | 生年月日                                                                          | 西暦 | 年 月 日 |
| 居住地          | 都道府県                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |        | 区市郡                                                                           |    |       |
| 電話番号         | ①                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            | ②      | ③                                                                             |    |       |
| 当センター<br>受診歴 | <input type="checkbox"/> なし<br><input type="checkbox"/> 診察歴あり (診察券番号： )<br><input type="checkbox"/> セカンドオピニオンあり (診療科： 担当医： 、 年 月頃)                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |        |                                                                               |    |       |
| 病名           |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              | 貴院受診状況 | <input type="checkbox"/> 外来通院中<br><input type="checkbox"/> 入院中→セカンドオピニオンになります |    |       |
| 原発<br>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"/> 肝胆脾 <input type="checkbox"/> 頭頸部 <input type="checkbox"/> 肺縦郭<br><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"/> 眼<br><input type="checkbox"/> 泌尿器 <input type="checkbox"/> その他 ( )<br>※泌尿器・後腹膜科へのご紹介は診療情報提供書と一緒にFAXしてください |        |                                                                               |    |       |

## 予約希望情報

|      |                                                                                                                                                |
|------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 予約希望 | <input type="checkbox"/> 診療科 ※院内の都合により、ご希望に沿えない場合がございますので、予めご了承ください。<br><input type="checkbox"/> 特定の希望なし <input type="checkbox"/> 希望あり (診療科： ) |
|      | <input type="checkbox"/> 予約日 ※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ので、予めご了承ください。<br><input type="checkbox"/> いつでも良い <input type="checkbox"/> 希望あり (希望日： )  |
|      | 受診できない日：                                                                                                                                       |

## 紹介元情報・予約日時の連絡方法

|                   |                                 |
|-------------------|---------------------------------|
| (送信元)<br>医療機関名    |                                 |
| 医療連携<br>ご担当者様     |                                 |
| 直通TEL<br>(医療連携室等) |                                 |
| 回答先FAX            |                                 |
| ご担当医              | (医師名・診療科)                       |
| 貴院への連絡方法          | 予約日を確定後、2営業日以内にFAXにて予約票を送付致します。 |

個人情報を送信できない場合は、可能な部分を記載し、送信後に下記へご連絡ください。また、予約に関するお問い合わせも下記へお願いいたします。

予約センター連絡先 TEL：03-3547-5130 (10時～16時 土日祝日、年末年始を除く)

# がん遺伝子パネル検査用病理検体準備のお願い

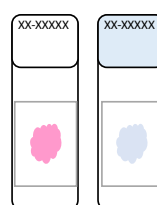
当院でがん遺伝子パネル検査を行うためには、当院での病理診断を必須としております。  
下記を参照して頂き、**病理標本**および**病理診断書のコピー**の送付をお願いいたします。

|       |      |      |    |
|-------|------|------|----|
| 薄切日   |      | 患者氏名 |    |
| 貴施設名： | ご担当： | 科    | 先生 |

以下 3点のご提出をお願いします。（準備の際は、□にチェックを入れご確認ください）

- ☐ ① 診断に用いた貴院  
の病理組織標本

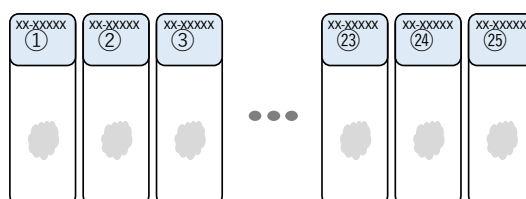
.....  
(後日返却いたします)



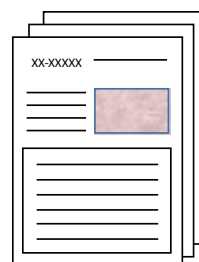
HE染色  
特殊染色  
免疫染色  
など

- ☐ ② 剥離防止スライドガラス  
未染 5μm 25枚

薄切順の通し番号をスライドガラスに  
記載して下さい。



- ☐ ③ 貴院病理診断書のコピー



## 標本作成時のご注意

- 1) 未染標本は遺伝子解析に用いるため、薄切前に必ず**ミクロトームの刃を交換し他検体の混入（コンタミネーション）がないようにご配慮ください。**
- 2) 薄切水槽の水は**新しい水**に交換して下さい。
- 3) **脱灰（EDTA脱灰は除く）した検体は検査できません。**

# 国立がん研究センター中央病院と連携する がんゲノム医療連携病院・拠点病院

| 連携病院名               | 連絡先                                                     |
|---------------------|---------------------------------------------------------|
| 青森県立中央病院            | 〒030-8553 青森県青森市東造道2丁目1-1<br>電話：017-726-8111            |
| 栃木県立がんセンター          | 〒320-0834 栃木県宇都宮市陽南4丁目9-13<br>電話：028-658-5151           |
| 群馬県立がんセンター          | 〒373-0828 群馬県太田市高林西町617-1<br>電話：0276-38-0771            |
| 日本医科大学<br>付属病院      | 〒113-8603 東京都文京区千駄木1-1-5<br>電話：03-3822-2131             |
| 東京慈恵会医科大学<br>附属病院   | 〒105-8471 東京都港区西新橋3-19-18<br>電話：03-3433-1111            |
| 聖路加国際病院             | 〒104-8560 東京都中央区明石町9-1<br>電話：03-3541-5151               |
| 順天堂大学医学部<br>附属順天堂医院 | 〒113-8431 東京都文京区本郷3丁目1-3<br>電話：03-3813-3111             |
| 横浜市立市民病院            | 〒240-8555 神奈川県横浜市保土ヶ谷区岡沢町56番地<br>電話：045-331-1961        |
| 富山県立中央病院            | 〒930-8550 富山県富山市西長江2丁目2-78<br>電話：076-424-1531           |
| 名古屋市立大学病院           | 〒467-0001 愛知県名古屋市瑞穂区瑞穂町川澄1<br>電話：052-851-5511           |
| 京都府立医科大学<br>附属病院    | 〒602-0841 京都府京都市上京区広小路上 梶井 465 河原町通り<br>電話：075-251-5111 |

| 拠点病院名               | 連絡先                                             |
|---------------------|-------------------------------------------------|
| 新潟大学医歯学総合<br>病院     | 〒951-8520 新潟県新潟市中央区旭町通1番町754<br>電話：025-223-6161 |
| 埼玉医科大学国際医療<br>センター  | 〒350-1298 埼玉県日高市山根1397-1<br>電話：042-984-4111     |
| 国立成育医療研究<br>センター    | 〒157-8535 東京都世田谷区大蔵2-10-1<br>電話：03-3416-0181    |
| 東京医科歯科大学<br>医学部附属病院 | 〒113-8519 東京都文京区湯島1丁目5-45<br>電話：03-3813-6111    |
| 東京都立駒込病院            | 〒113-0021 東京都文京区本駒込3丁目18<br>電話：03-3823-2101     |
| 神奈川県立がんセンター         | 〒241-8515 神奈川県横浜市旭区中尾2丁目3-2<br>電話：045-520-2222  |
| 神戸大学医学部<br>附属病院     | 〒650-0017 兵庫県神戸市中央区楠町7丁目5-2<br>電話：078-382-5111  |