

北大病院がん遺伝子診断部紹介時に記載をお願いいたします。

北海道大学病院 がん遺伝子診断部 FAX (011) 706-8522

患者名

年

月

日生

病理診断名	
臨床診断名	
診断日	西暦() 年() 月() 日
TNM分類(UICC)	T() N() M() <input type="checkbox"/> 不明 <input type="checkbox"/> 分類なし
ステージ	<input type="checkbox"/> O1 <input type="checkbox"/> O2 <input type="checkbox"/> O3 <input type="checkbox"/> O4 <input type="checkbox"/> 再発 <input type="checkbox"/> 不明 <input type="checkbox"/> 分類なし
初回治療前のステージ(再発症例のみ)	<input type="checkbox"/> O1 <input type="checkbox"/> O2 <input type="checkbox"/> O3 <input type="checkbox"/> O4 <input type="checkbox"/> 不明 <input type="checkbox"/> 分類なし
喫煙歴	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 不明 喫煙年数() 年 1日の本数() 本
アルコール多飲歴	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 不明
ECOG PS	<input type="checkbox"/> 00 <input type="checkbox"/> 01 <input type="checkbox"/> 02 <input type="checkbox"/> 03 <input type="checkbox"/> 04 <input type="checkbox"/> 不明
重複がん	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 不明 有の場合部位() 活動性 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 不明 発症年齢() 歳
多発がん	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 不明 有の場合部位() 活動性 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 不明
既知の遺伝性疾患	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 不明 既知の遺伝性疾患名()
家族歴	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 不明 詳細① 続柄() 癌腫() 罹患年齢() 歳 <input type="checkbox"/> 不明 詳細② 続柄() 癌腫() 罹患年齢() 歳 <input type="checkbox"/> 不明 詳細③ 続柄() 癌腫() 罹患年齢() 歳 <input type="checkbox"/> 不明 詳細④ 続柄() 癌腫() 罹患年齢() 歳 <input type="checkbox"/> 不明 詳細⑤ 続柄() 癌腫() 罹患年齢() 歳 <input type="checkbox"/> 不明
登録時転移	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 不明 部位()
胃カメラ実施歴 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有	ポリープの有無 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 (ありの場合ポリープの個数 個)
大腸カメラ実施歴 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有	ポリープの有無 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 (ありの場合ポリープの個数 個)
MSI	<input type="checkbox"/> 陰性 <input checked="" type="radio"/> 陽性(High) <input type="checkbox"/> 未検査
肺がん症例	EGFR 変異 <input type="checkbox"/> 陰性 <input type="checkbox"/> 陽性 <input type="checkbox"/> 判定不能 <input type="checkbox"/> 不明/未検査 種類 <input type="checkbox"/> G719X <input type="checkbox"/> ex19del <input type="checkbox"/> S768I <input type="checkbox"/> T790M <input type="checkbox"/> ex20ins <input type="checkbox"/> L858R <input type="checkbox"/> L861Q <input type="checkbox"/> その他 () <input type="checkbox"/> 不明 検査法 <input type="checkbox"/> Cobas2.0 <input type="checkbox"/> Therascreen <input type="checkbox"/> Oncomine <input type="checkbox"/> AmoyDx

			<input type="radio"/> その他	<input type="radio"/> 不明	()
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
		検査法	<input type="radio"/> IHCのみ	<input type="radio"/> FISHのみ	<input type="radio"/> IHC+FISH
			<input type="radio"/> OPT-PCRのみ	<input type="radio"/> OPT-PCR+FISH	
			<input type="radio"/> 不明	<input type="radio"/> その他	()
	ROS1	融 合	<input type="radio"/> 陰性	<input type="radio"/> 陽性	<input type="radio"/> 判定不能
	BRAF	V600E	<input type="radio"/> 陰性	<input type="radio"/> 陽性	<input type="radio"/> 判定不能
	KRAS	G12C	<input type="radio"/> 陰性	<input type="radio"/> 陽性	<input type="radio"/> 判定不能
	PD-L1	IHC	<input type="radio"/> 陰性	<input type="radio"/> 陽性	<input type="radio"/> 判定不能
		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 () %					
アスペスト暴露歴					
<input type="radio"/> 有 <input type="radio"/> 無 <input type="radio"/> 不明					
乳がん症例	HER2	IHC	<input type="radio"/> 陰性	<input type="radio"/> 陰性(1+)	<input type="radio"/> 境界域(2+)
			<input type="radio"/> 陽性(3+)	<input type="radio"/> 判定不能	<input type="radio"/> 不明/未検査
	ER	FISH	<input type="radio"/> 陰性	<input type="radio"/> equivocal	<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
	gBRCA1		<input type="radio"/> 陰性	<input type="radio"/> 陽性	<input type="radio"/> 判定不能
	gBRCA2		<input type="radio"/> 陰性	<input type="radio"/> 陽性	<input type="radio"/> 判定不能
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
		種 類	<input type="radio"/> Codon12	<input type="radio"/> Codon13	<input type="radio"/> Codon59
			<input type="radio"/> Codon61	<input type="radio"/> Codon117	<input type="radio"/> Codon146
	NRAS		<input type="radio"/> その他	()	
		検査法	<input type="radio"/> OPCR-rSSO	<input type="radio"/> その他	<input type="radio"/> 不明
	HER2	変 異	<input type="radio"/> 陰性	<input type="radio"/> 陽性	<input type="radio"/> 判定不能
		種 類	<input type="radio"/> Codon12	<input type="radio"/> Codon13	<input type="radio"/> Codon59
			<input type="radio"/> Codon61	<input type="radio"/> Codon117	<input type="radio"/> Codon146
	EGFR		<input type="radio"/> その他	()	
		検査法	<input type="radio"/> OPCR-rSSO	<input type="radio"/> その他	<input type="radio"/> 不明
	BRAF	IHC	<input type="radio"/> 陰性	<input type="radio"/> 陰性(1+)	<input type="radio"/> 境界域(2+)
			<input type="radio"/> 陽性(3+)	<input type="radio"/> 判定不能	<input type="radio"/> 不明/未検査
肝がん症例	HBsAg	IHC	<input type="radio"/> 陰性	<input type="radio"/> 陽性	<input type="radio"/> 判定不能
			<input type="radio"/> 判定不能		<input type="radio"/> 不明/未検査
	HBsAb	IHC	<input type="radio"/> 陰性	<input type="radio"/> 陽性	<input type="radio"/> 判定不能
			<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
	HCV-RNA		()		logIU/ml
		HCVAb	<input type="radio"/> 低	<input type="radio"/> 中	<input type="radio"/> 高
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
肺がん症例	gBRCA1		<input type="radio"/> 陰性	<input type="radio"/> 陽性	<input type="radio"/> 判定不能
	gBRCA2		<input type="radio"/> 陰性	<input type="radio"/> 陽性	<input type="radio"/> 判定不能
前立腺がん症例	gBRCA1		<input type="radio"/> 陰性	<input type="radio"/> 陽性	<input type="radio"/> 判定不能
	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

卵巣がん症例	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
	myChoice HRD	<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