

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"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<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"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<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"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<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"/> 有	<input type="checkbox"/> 無					
ポリープの有無	<input type="checkbox"/> 有	<input type="checkbox"/> 無	(ありの場合ポリープの個数 _____ 個)				
大腸カメラ実施歴	<input type="checkbox"/> 有	<input type="checkbox"/> 無					
ポリープの有無	<input type="checkbox"/> 有	<input type="checkbox"/> 無	(ありの場合ポリープの個数 _____ 個)				

固形癌	NTRK1/2/3	融合	<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		
		検査法	<input type="checkbox"/> F1CDx	<input type="checkbox"/> F1Liquid CD x	<input type="checkbox"/> その他 ()	<input type="checkbox"/> 不明		
	MSI		<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		
		検査法	<input type="checkbox"/> MSI検査キット (FALCO)	<input type="checkbox"/> F1CD x	<input type="checkbox"/> G360CD x			
			<input type="checkbox"/> Idylla MSI Test「ニチレイバイオ」	<input type="checkbox"/> その他 ()	<input type="checkbox"/> 不明			
ミスマッチ修復機能			<input type="checkbox"/> pMMR (正常)	<input type="checkbox"/> dMMR (欠損)	<input type="checkbox"/> 判定不能	<input type="checkbox"/> 不明/未検査		
		検査法	<input type="checkbox"/> ベンタナ OptiView 2抗体 (MSH6、PMS2)					
			<input type="checkbox"/> ベンタナ OptiView 4抗体 (MSH6、PMS2、MLH1、OMS2)					
			<input type="checkbox"/> その他 () <input type="checkbox"/> 不明					
TMB			<input type="checkbox"/> TMB-High(10mut/Mb以上)	<input type="checkbox"/> その他 ()	<input type="checkbox"/> 不明/未検査			
		検査法	<input type="checkbox"/> F1CDx	<input type="checkbox"/> その他 ()	<input type="checkbox"/> 不明			
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"/> F1CDx	<input type="checkbox"/> F1Liquid CD x	<input type="checkbox"/> AmoyDx
			<input type="checkbox"/> その他 () <input type="checkbox"/> 不明					
		TKI耐性後T790M	<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		
	ALK	融合	<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		
		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"/> F1CDx
			<input type="checkbox"/> F1Liquid CD x	<input type="checkbox"/> Oncomine	<input type="checkbox"/> AmoyDx	<input type="checkbox"/> その他 ()	<input type="checkbox"/> 不明	
ROS1	融合	<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			
	検査法	<input type="checkbox"/> F1CDx	<input type="checkbox"/> F1Liquid CD x	<input type="checkbox"/> Oncomine	<input type="checkbox"/> AmoyDx	<input type="checkbox"/> OncoGuido AmoyDx		
		<input type="checkbox"/> その他 () <input type="checkbox"/> 不明						
BRAF	V600E	<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			
	検査法	<input type="checkbox"/> Oncomine	<input type="checkbox"/> AmoyDx	<input type="checkbox"/> その他 ()	<input type="checkbox"/> 不明/未検査			
PD-L1	IHC	<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			
	検査法	<input type="checkbox"/> Dako28-8	<input type="checkbox"/> Dako22C3	<input type="checkbox"/> SP142	<input type="checkbox"/> SP263 (術後補助療法)			
		<input type="checkbox"/> その他 () <input type="checkbox"/> 不明						
	陽性率	() %						
MET	exon14スキッピング	<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			
	検査法	<input type="checkbox"/> ArcherMETコンパニオン診断システム				<input type="checkbox"/> AmoyDx		
		<input type="checkbox"/> その他 () <input type="checkbox"/> 不明						
KRAS	G12C	<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			
	検査法	<input type="checkbox"/> therascreen	<input type="checkbox"/> その他 ()	<input type="checkbox"/> 不明				
RET	融合	<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			
	検査法	<input type="checkbox"/> Oncomine	<input type="checkbox"/> その他 ()	<input type="checkbox"/> 不明				
アスベスト暴露歴		<input type="checkbox"/> 有	<input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 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="checkbox"/> 陰性	<input type="checkbox"/> 陽性	<input type="checkbox"/> 判定不能	<input type="checkbox"/> 不明/未検査		
	PgR	IHC	<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		
	gBRCA1		<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		
			<input type="checkbox"/> BRCAAnalysis診断システム	<input type="checkbox"/> その他 ()	<input type="checkbox"/> 不明			
	gBRCA2		<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		
		検査法	<input type="checkbox"/> BRCAAnalysis診断システム	<input type="checkbox"/> その他 ()	<input type="checkbox"/> 不明			
	PD-L1		<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		
		検査法	<input type="checkbox"/> PD-L1 IHC 22C3 pharmDx 「ダコ」	<input type="checkbox"/> その他 ()	<input type="checkbox"/> 不明	<input type="checkbox"/> ペンタナ OptiViewPD-L1 (SP142)		
ERBB2コピー数異常		<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		
	検査法	<input type="checkbox"/> F1CDx	<input type="checkbox"/> その他 ()	<input type="checkbox"/> 不明				
食道・胃・小腸・大腸がん症例	KRAS	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"/> Codon12	<input type="checkbox"/> Codon13	<input type="checkbox"/> Codon59	<input type="checkbox"/> Codon61	<input type="checkbox"/> Codon117	<input type="checkbox"/> Codon146
		検査法	<input type="checkbox"/> PCR-rSSO	<input type="checkbox"/> MEBGEN RASKT-B キット	<input type="checkbox"/> OncoBEAM RAS CRC キット	<input type="checkbox"/> その他 ()	<input type="checkbox"/> 不明	
	NRAS	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"/> Codon12	<input type="checkbox"/> Codon13	<input type="checkbox"/> Codon59	<input type="checkbox"/> Codon61	<input type="checkbox"/> Codon117	<input type="checkbox"/> Codon146
		検査法	<input type="checkbox"/> PCR-rSSO	<input type="checkbox"/> MEBGEN RASKT-B キット	<input type="checkbox"/> OncoBEAM RAS CRC キット	<input type="checkbox"/> その他 ()	<input type="checkbox"/> 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
		タンパク検査法	<input type="checkbox"/> ペンタナ ultra View パスウェー HER2 (4B5)	<input type="checkbox"/> その他 ()	<input type="checkbox"/> 不明			
		遺伝子増幅 (ISH法) 検査法	<input type="checkbox"/> パスビジョン HER-2 DNA プローブキット	<input type="checkbox"/> 判定不能	<input type="checkbox"/> 不明/未検査			
		遺伝子増幅 (ISH法)	<input type="checkbox"/> 陰性	<input type="checkbox"/> equivocal	<input type="checkbox"/> 陽性	<input type="checkbox"/> 判定不能		
EGFR	IHC	<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			
BRAF	V600E	<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			
	検査法	<input type="checkbox"/> MEBGEN RASKET-B キット	<input type="checkbox"/> theascreen	<input type="checkbox"/> その他 ()	<input type="checkbox"/> 不明			
肝がん症例	HBsAg	<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			
	HBsAb	<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			
	HBV-DNA	()	logIU/ml					
	HCVAb	<input type="checkbox"/> 低	<input type="checkbox"/> 中	<input type="checkbox"/> 高	<input type="checkbox"/> 不明/未検査			
	HCV-RNA	()	logIU/ml					
皮膚がん症例	BRAF		<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		
		type	<input type="checkbox"/> V600E	<input type="checkbox"/> V600K	<input type="checkbox"/> 判定不能	<input type="checkbox"/> 不明/未検査		
	検査法	<input type="checkbox"/> コバス BRAF V600 変異検出キット	<input type="checkbox"/> F1CDx	<input type="checkbox"/> THxID BRAF キット	<input type="checkbox"/> その他 ()	<input type="checkbox"/> 不明		
唾液腺がん症例	HER2	IHC	<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	
		検査法	<input type="checkbox"/> ペンタナDISH HER2キット	<input type="checkbox"/> その他 ()	<input type="checkbox"/> 不明			
	蛋白	<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			
	検査法	<input type="checkbox"/> ペンタナ ultra View パスウェー HER2 (4B5)	<input type="checkbox"/> その他 ()	<input type="checkbox"/> 不明				
甲状腺がん症例	RET	融合	<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		
		検査法	<input type="checkbox"/> Oncomine	<input type="checkbox"/> その他 ()	<input type="checkbox"/> 不明			
	遺伝子変異	<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			
	検査法	<input type="checkbox"/> Oncomine	<input type="checkbox"/> その他 ()	<input type="checkbox"/> 不明				

胆道がん症例	FGFR2	融合	<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
		検査法	<input type="checkbox"/> F1CDx	<input type="checkbox"/> その他 ()	<input type="checkbox"/> 不明	
膵がん症例	gBRCA1		<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
		検査法	<input type="checkbox"/> BRACAnalysis診断システム	<input type="checkbox"/> その他 ()	<input type="checkbox"/> 不明	
	gBRCA2		<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
		検査法	<input type="checkbox"/> BRACAnalysis診断システム	<input type="checkbox"/> その他 ()	<input type="checkbox"/> 不明	
前立腺がん症例	gBRCA1		<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
		検査法	<input type="checkbox"/> F1CDx	<input type="checkbox"/> F1Liquid CD x	<input type="checkbox"/> BRACAnalysis診断システム	<input type="checkbox"/> その他 () <input type="checkbox"/> 不明
	gBRCA2		<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
		検査法	<input type="checkbox"/> F1CDx	<input type="checkbox"/> F1Liquid CD x	<input type="checkbox"/> BRACAnalysis診断システム	<input type="checkbox"/> その他 () <input type="checkbox"/> 不明
卵巣がん症例	gBRCA1		<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
		検査法	<input type="checkbox"/> F1CDx	<input type="checkbox"/> BRACAnalysis診断システム	<input type="checkbox"/> myChoice診断システム	<input type="checkbox"/> その他 () <input type="checkbox"/> 不明
	gBRCA2		<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
		検査法	<input type="checkbox"/> F1CDx	<input type="checkbox"/> BRACAnalysis診断システム	<input type="checkbox"/> myChoice診断システム	<input type="checkbox"/> その他 () <input type="checkbox"/> 不明
	myChoice	HRD	<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
		検査法	<input type="checkbox"/> myChoice診断システム	<input type="checkbox"/> その他 ()	<input type="checkbox"/> 不明	