

がん遺伝子パネル検査 適格基準チェックシート（他院より紹介）

患者氏名							
生年月日	西暦	年	月	日	性別	<input type="checkbox"/> 男性	<input type="checkbox"/> 女性
担当医師名							

がん遺伝子パネル検査をお受けになる患者さんについて、条件を満たしているか確認し、下記チェックボックスにチェックしてください。確認が不十分な場合は検査ができない場合があります。

患者の状態（以下の全ての項目を満たしていることが必要です）

- 現時点での PS が 0～1 である
 - PS0 まったく問題なく活動できる。発症前と同じ日常生活が制限なく行える
 - PS1 肉体的に激しい活動は制限されるが、歩行可能で、軽作業や座っての作業は行うことができる
- 5ヶ月後の時点でも同程度の PS で生存し治療を受ける可能性が見込まれる
- 日本語の文書を用いた説明を理解でき、本人が同意書にサインをすることが可能な状態である

治療の状況（以下のうちのいずれかを満たすことが必要）

- 標準治療が存在しない希少がんもしくは原発不明がんである
- 標準治療の最終ラインが終了している、あるいは終了予定である

組織検体の状況（状況確認のため、いずれかの項目にチェックを入れてください）

- 摘出もしくは生検された腫瘍組織を含む組織検体があり、明らかな検体不良を指摘されていない
- 上記条件を満たす検査に適した腫瘍組織を含む組織検体がない

（当院記入欄）

遺伝子診療科医師確認署名：