

【重要】本用紙は、がんゲノム外来を受診される患者さんより、主治医の先生にお渡し下さい。

福井大学医学部附属病院
がんゲノム外来受診希望患者さんの主治医の先生方へ【ご連絡】

太枠内をご記入ください。

(ふりがな)		生年月日	明・大・昭・平	(年齢	歳)
患者さんの氏名	(男・女)		年	月	日

主治医 御侍史

平素よりお世話になっております。

この度上記患者さんが、当院がんゲノム外来受診を希望されました。

当院のゲノム外来受診は、主治医の先生からの紹介状（診療情報提供書）を事前にご提出いただく運用としております。

主治医の先生におかれましては、当院の当外来運用につきまして、ご理解とご協力を賜りますようお願い申し上げます。

尚、当外来は、がんのクリニカルシーケンスを希望される患者さん専用の外来を想定しており、検査の有用性の判断や、遺伝性疾患のスクリーニングのため、事前に細かな診療情報が必要になります。

お忙しいところ大変申し訳ありませんが、

提供いただく紹介状（診療情報提供書）には、可能な限り以下の内容の記載をお願いいたします。

既往歴、合併症、家族歴（現病に関連する）、生活歴

現病歴（手術・生検情報、治療歴、病状説明内容）

以上、お手数をおかけしますがよろしくお願い申し上げます。

【重要事項】

患者さんの容態急変等の緊急入院、また通常入院であっても、入院の事態が発生した場合は双方の調整が必要となりますので、速やかにご連絡のほどお願いいたします。

【検査について】

本検査は、がん細胞で生じている 100 を越えるがん関連遺伝子の変異を一度に次世代シーケンスの技術を用いて解析し、得られた遺伝子変異の結果に基づき、最新の医学情報の中から患者さんの治療に役立つ情報がないか最先端の情報技術を用いて探し出します。本検査のレポートには以下の内容が含まれます。

- ① 解析対象のがん関連遺伝子上で生じている変異
- ② 上記①の変異に関連する薬剤
- ③ 上記②の米国内での承認状況
- ④ 上記②の日本での承認状況
- ⑤ 上記②の日本での臨床試験の情報

なお、この検査で見つかる薬剤の中には、国内では未承認の薬剤や、国内で承認済みでも、患者さんのがんに対しては保険適応されていない薬剤も含まれます。

【検査検体について】（血液を検体とする場合は以下不要です）

下記事項をご確認いただき、検体をご準備ください。ご準備いただけましたら病理検査報告書とともに当院までご送付いただきますようお願い申し上げます。

1 症例につき 5~10 μ m の厚さで薄切されたFFPE検体の未染色スライド10 枚とHE染色スライド1枚をご用意下さい。

- ・ 検体は腫瘍がなるべく多く含まれている部位を選択してください(腫瘍含有率として 20%以上、できれば 50%以上)。
 - ※ 採取日、採取部位、採取方法（手術or生検）、及びがん腫瘍含有率をご明示ください。
 - ※ 検体の状態により、検査が中断した場合、1 回に限り追加費用なく、再検査実施可能です。再検査を希望される場合には、改めて検体の再提出をお願いいたします。
 - ※ がん腫瘍含有率が不明な場合は、当院で調べることもできますのでその際はご一報くださいますようお願いいたします。
 - ※ がん腫瘍含有率が20%未満の場合でも検査は可能です。その場合は当院までご相談くださいますようお願いいたします。
- ・ 中性緩衝ホルマリン以外のホルマリン(緩衝作用のないホルマリン、酸性ホルマリン)で固定されたもの、ホルマリン固定時間の長いもの(48 時間を超えるもの)や、作成から3年以上経過した古い検体は、検査がうまくいかない可能性がありますのでご了承ください。
その場合でも、検査提出までの費用（44,000点）は患者さんに請求されます。