



確認事項1 > 保険診療の事前チェック

- PS=0-2
- 予後3か月以上が見込まれる。
- 提出できる腫瘍組織検体がある、もしくは再生検が可能である。
- 治癒切除不能または、再発の病変を有し以下のいずれかの条件に該当する。
 - ・原発不明がん
 - ・標準治療の終了が見込まれる、または終了している。
 - ・標準治療がない（希少がん）
- （検査により推奨される）治験・臨床試験・適応外使用等へ進める見込みがある。
- 費用：3割負担 168,000円 高額療養費制度が適応になります。

確認事項2 > プロファイリング検査前の留意点

- 検査を受けてから結果をお話しできるまでに約1.5~2カ月かかります。
- 検査の結果、治療に結び付く可能性がある方は現時点で約1割です。
- 検査後の治療に関して、原則紹介医にお願いしております。
- 当院での検査前後の診察には原則ご家族の方に同席いただくようお願いしています。

手順1 > 県立広島病院/地域連携室へFAX送信してください。

- 患者紹介状（情報提供書）
- 紹介状に記載して頂きたい項目
 - 検体の有・無
 - これまでのC-CAT登録、有・無
 - 主治医のメールアドレス



地域連携室／紹介予約直通電話番号：(082)252-6241
FAX番号：(082)252-6240

手順2 > 検体情報チェックリストと検体の郵送をお願いします。

- 検体情報チェックリストを印刷して頂き直接記入してください。
- 検体とチェックリストを配達記録の残る方法で
【県立広島病院 / ゲノム診療科】宛に郵送してください。

- 当院から紹介元病院へ受診予約について、ご連絡させていただきます。検体を確認してから予約をとりますので、1週間くらいかかることがあります。
検査のためC-CAT情報をお伺いするため、追ってご連絡いたします。

【診療・紹介内容に関する問い合わせ・書類送付先】

県立広島病院 ゲノム診療科

〒734-8530 広島市南区宇品神田1丁目5番54号
代表電話番号：(082)254-1818

この度はがんゲノム医療外来へのご紹介、誠にありがとうございます。

がんゲノムプロファイリング検査（がん遺伝子パネル検査）を希望される患者さんがおられる場合、以下のチェックリストを用いて適応をご確認いただいた上で、「申し込み手順」に従ってお申し込みをお願いいたします。

◆保険診療でのがんゲノムプロファイリング検査チェックリスト

- PS=0-2
- 予後3か月以上が見込まれる。
- 提出できる腫瘍組織検体がある、もしくは再生検が可能である。
- 治癒切除不能または再発の病変を有し以下のいずれかの条件に該当する。
 - 原発不明がん
 - 標準治療の終了が見込まれる
 - 標準治療がない（希少がん）
 - 標準治療が終了している
- （検査により推奨される）治験・臨床試験・適応外使用等へ進める見込みがある。
- 費用については、3割負担 168,000 円 高額療養費制度が適応になります。

◆がんゲノムプロファイリング検査を受けられる場合の留意点

がんゲノム医療は保険診療となりましたが、適応のある方は限られ、また実際の治療に結び付く方も多くはないのが現状です。患者さんには、この点について十分説明させていただいた後に検査へ進みますが、事前に下記事項について貴院でも確認くださいますようお願い申し上げます。

- 検査を受けてから結果をお話していただけるまでに約 1.5～2 カ月かかります。
- 検査の結果、治療に結び付く可能性がある方は現時点で約 1 割です。
- 検査後の治療に関して、原則紹介医にお願いしております。
- 上記について、お話をさせていただくにあたり、原則ご家族の方に同席いただくようお願いいたします。

【申し込み手順】 不明な点は、ゲノム診療科へお問い合わせください。

手順 1> 書類を地域連携室：FAX(082)252-6240 へ①(②)を送信し、お申込みください。

- ① 患者紹介状(診療情報提供書)(主治医が記入)
- ② 紹介状内もしくは別紙へ、以下の3項目についてご記載ください。
 - 検体の有・無
 - これまでの C-CAT 登録の有・無
 - メールアドレス※患者情報・検査結果・C-CAT 登録などで連絡が必要なため、主治医アドレスでお願いします。

手順 2> 検体を当院ゲノム診療科宛に配達記録の残る方法で郵送してください。

- ③ 検体情報チェックリスト(病理医が記入)
- ④ 病理診断報告書
- ⑤ ホルマリン固定パラフィン包埋(FFPE)標本ブロック

【予約に関する問い合わせ】

地域連携室 紹介予約直通電話 (082) 252-6241 Fax (082) 252-6240

【診療・紹介内容に関する問い合わせ・書類送付先】

県立広島病院 ゲノム診療科 代表番号 (082) 254-1818

〒734-8530 広島市南区宇品神田 1 丁目 5 番 54 号

検体情報チェックリスト

□ にし点、もしくは必要事項を記入してください。

| | |
|-------------|------------------------|
| フリガナ | |
| 患者氏名: _____ | 性別: 男・女 年齢: _____ |
| 施設名: _____ | 病理番号: _____ |

◆検体の採取方法

| | | | | | |
|------------|--|-----------------------------------|--------------------------------------|-------------------------------|-------------------------------|
| 検体種類 | <input type="checkbox"/> 生検検体 | <input type="checkbox"/> 手術検体 | <input type="checkbox"/> 不明 | | |
| 採取日 | _____ 年 | _____ 月 | _____ 日 | | |
| 採取臓器 | <input type="checkbox"/> 骨 | <input type="checkbox"/> 脳 | <input type="checkbox"/> 乳腺 | <input type="checkbox"/> 胸壁 | <input type="checkbox"/> 中枢神経 |
| | <input type="checkbox"/> 腎臓 | <input type="checkbox"/> 肝臓 | <input type="checkbox"/> 肺 | <input type="checkbox"/> リンパ節 | <input type="checkbox"/> 卵巣 |
| | <input type="checkbox"/> 子宮 | <input type="checkbox"/> 胃 | <input type="checkbox"/> 心臓 | <input type="checkbox"/> 筋肉 | <input type="checkbox"/> 脾臓 |
| | <input type="checkbox"/> 皮膚 | <input type="checkbox"/> 胸膜 | <input type="checkbox"/> その他() | | |
| 原発巣 or 転移巣 | <input type="checkbox"/> 原発巣 | <input type="checkbox"/> 転移巣 | | | |
| 使用された固定液 | <input type="checkbox"/> 10%中性緩衝ホルマリン <input type="checkbox"/> その他の固定液() <input type="checkbox"/> 不明 | | | | |
| 固定するまでの時間 | <input type="checkbox"/> 30 分以下 | <input type="checkbox"/> 30 分を超える | <input type="checkbox"/> 不明 | | |
| 固定時間 | <input type="checkbox"/> <6 時間 | <input type="checkbox"/> 6-12 時間 | <input type="checkbox"/> 12-18 時間 | | |
| | <input type="checkbox"/> 18-24 時間 | <input type="checkbox"/> >24 時間 | <input type="checkbox"/> 不明 | | |

検体の準備は紹介医にお願いしております。ご理解ご協力を賜りますようよろしくお願いいたします。

- 検体は腫瘍細胞が多く含まれている部位を選択してください。
- 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）で固定されたものやホルマリン固定時間が長いもの（48 時間を超えるもの）、古い検体（5 年以上経過したもの）は核酸の状態が悪く、検査できない可能性が高くなります。
- 可能であれば、病理組織ブロックでお願いします。ブロック標本の貸出が困難な場合はご連絡下さい。
- 上記検体がない場合、新たに検体採取が可能な病変があれば、当院での検査が可能な場合もあります。

下記 郵送の際にお使いください。

| | |
|--------------------------|-------------|
| 〒734-8530 | 簡易書留 |
| 広島市南区宇品神田 1 丁目 5 番 54 号 | |
| 県立広島病院 ゲノム診療科 | |
| 土井 美帆子 宛 | |
| 「ゲノム診療科外来書類・検体在中」 | 取扱注意 |