

FoundationOne® Liquid CDx がんゲノムプロファイル・Guardant360® CDx がん遺伝子パネル

患者情報チェックリスト

☐にレ点、および必要事項を記入してください

フリガナ				施設名			
患者名							
性別	☐ 男 ☐ 女	年齢	歳	移植歴	☐ 有 ☐ 無	保険パネル実施	☐ 有 ☐ 無

診断名		ICD - 10		臨床病期 (STAGE)	
組織診断名		休薬期間または最終投与日 (薬物療法中は必須)	年 月 日～ 年 月 日 または最終投与日 (予測日可): 年 月 日 ☐ その他 (休薬不可など、上記に非該当の場合)		

FoundationOne® Liquid CDx がんゲノムプロファイル・Guardant360® CDx がん遺伝子パネルを選択した理由	
☐	固形腫瘍の腫瘍細胞を検体としてがんゲノムプロファイリング検査を行うことが困難な場合は、その医学的な理由をご記載ください。 ☐ 取得した組織が3年以上前 (年 月 日) のものであり、標本の品質に問題がある。 また、治療方針を検討するうえでも標本が古く、問題がある。 ☐ その他 ()
☐	固形腫瘍の腫瘍細胞を検体として実施したがんプロファイリング検査で包括的なゲノムプロファイルの結果を得られなかった場合はその旨をご記載ください。 ☐ 病理標本 (FFPE ブロック) を検査に出検したが、品質不良のため、検査中止となった。 ☐ その他 ()

※Liquid 選択理由は、診療録及び診療報酬明細書の摘要欄に記載が必須となっております。記載がない場合は検査をお受けできません。

Liquid を選択した医学的な理由が不明な場合は、問い合わせさせていただく場合があります。あらかじめご了承ください。