

適格基準チェックリスト

☐にレ点、および必要事項を記入してください。

■ 患者情報

フリガナ				生年月日	(西暦)	年	月	日
患 者 名								
性 別	☐ 男 ☐ 女	年 齢	歳	診 断 名				

■ 以下のすべてに該当する方が対象となります。

- ☐ 病理検査（採取した組織を顕微鏡で詳しく調べる検査）により悪性腫瘍（がん）と診断されている方
- ☐ 進行または再発した固形がんで、全身薬物療法（抗がん剤治療など）の対象となる方
- ☐ 現時点では標準治療終了前のため、保険診療による CGP 検査の対象外であると担当医が判断した方
- ☐ 遺伝子解析に必要な検体（診療で採取した腫瘍組織、または新たに採取する血液）を提出できる方
- ☐ がんゲノム情報管理センター（C-CAT）への患者情報登録およびデータ利活用に同意いただける方
- ☐ 本研究への参加について文書による同意をいただける方

■ 次のいずれかに該当する場合は対象となりません。

- ☐ すでに保険診療でがん遺伝子パネル検査（CGP 検査）を受けたことがある方
- ☐ すでに本研究（先進医療 A）の枠組みで、がん遺伝子パネル検査（CGP 検査）を受けたことがある方