

■がん遺伝子パネル検査提出（新鮮検体）用チェックリスト

病院名			
診療科		担当医	

希望される提出検体に○をつけ、直近の腫瘍細胞比率をご記載ください

	血液採取（末梢血中腫瘍細胞比率	%	日付	年	月	日）
	骨髄採取（骨髄中腫瘍細胞比率	%	日付	年	月	日）

※ 必ずご記載ください。MDS、MPN では100%とご記載ください。

基本情報

フリガナ 患者氏名	
性別	男性 女性
生年月日・年齢	西暦 年 月 日 歳
臨床診断	WHO 分類を用いて正確にご記載ください
末梢血/骨髄塗沫標本所見	自由記載、もしくは紹介状に塗沫所見・病理所見を添付 疾患が悪性リンパ腫であり骨髄浸潤がない場合は省略可
FCM	自由記載、もしくは紹介状に直近の FCM を添付
G-band	自由記載、もしくは紹介状に直近の G-band を添付
診断時血算 （白血球分画、網赤血球含む）	紹介状に添付をお願いします
診断時骨髄	紹介状に、塗沫所見、病理所見の添付をお願いします

以下を確認し□にチェック【✓】を入れて下さい

- 患者ががん遺伝子パネル検査の適応を満たしている。
- 入院中の患者ではない。

検査に必要な添付資料 以下を確認し□にチェック【✓】を入れてください。

- がんゲノム外来 申込書 【様式 1】
- 診療情報提供書
- 資料（実施された画像検査や血液検査など）
- C-CAT 入力情報【様式 19】
- 看護情報提供書（任意）【様式 6】
- がん遺伝子パネル検査提出（新鮮検体）用チェックリスト【様式 17-2】

※上記をすべて同封の上、追跡可能な方法（レターパックなど）で送付してください。