遺伝性腫瘍関連検査　質問票

Clinical Questionnaire for Hereditary Cancer Panels

英語でのご記入をお願い致します

A.　病院・受検者情報をご記入ください。Hospital / Patient Information

病院名 Hospital Name		提出医師名 Physician Name		性別 Sex	☐男性 Male　☐女性 Female
受検者識別 ID① Patient ID #		受検者識別 ID② Patient Name		生年月日 DOB	月/ MM　日/ DD　年 YYYY
人種 Ethnicity	☐ 日本人 Japanese　☐ その他 Other〔　　〕				

B.　受検者本人について該当する箇所をご記入ください。 Patient history (check all that apply)

1. 骨髄移植/造血幹細胞移植の経験 History of bone marrow/stem cell transplant　☐あり Yes　☐なし No
2. 輸血の経験 History of blood transfusion ☐あり Yes　直近の輸血日【　月 MM/　日 DD/　年 YYYY】
3. がん既往歴 Patient Cancer Hx　☐ あり Yes　☐ なし No

「あり」の場合は下表該当箇所をご記入ください。If “yes” is checked, answer the following questions.

がんの種類 Cancer Type	診断時年齢 Age at Dx			
乳がん Breast	歳 Age	☐ 両側 Bilateral　☐ 閉経前 Premenopausal ☐ トリプルネガティブ Triple Negative (ER-, PR-, HER2-)		
卵巣がん Ovarian	歳 Age	子宮体がん Endometrial	歳 Age	
前立腺がん Prostate	歳 Age	グリソンスコア Gleason Score _____　☐転移性 metastatic		
大腸がん Colorectal	歳 Age	マイクロサテライト不安定性検査 MSI Testing： ☐未受検 No　☐陽性（MSI-H ）High　☐陰性（MSI-L/ MSS）Low/ Stable 免疫染色検査 IHC Testing： ☐未受検 No　☐陰性 Present　☐陽性 Absent　結果 result _____		
大腸ポリープ Colon Polyps	歳 Age	総数 Total # _____ 個		
膵臓がん Pancreatic	歳 Age	腎臓がん Renal	歳 Age	
その他のがん Other	歳 Age	種類 Type of Cancer：		

C.　家族歴を下表にご記入ください。　Family History

受検者との続柄 Relationship	母方 / 父方 Maternal / Paternal	がんの種類 Cancer Type	診断時年齢 Age At Dx	既知のバリアントはありますか？ ある場合は報告書コピーを添付してください Known Mutation?
	☐ / ☐			☐はい Yes
	☐ / ☐			☐はい Yes
	☐ / ☐			☐はい Yes
	☐ / ☐			☐はい Yes
	☐ / ☐			☐はい Yes
	☐ / ☐			☐はい Yes