問　診　票

この問診票は、「がん遺伝子パネル検査」の実施にあたり、国立研究開発法人 国立がん研究センター(がんゲノム情報管理センター)への情報登録に必要ですので、できる限り正確に記載してください。

なお、次の(1)～(3-1)または(3-2)の項目すべてに「同意しない」場合は、この問診票を記載・提出する必要はありません。

(1)あなたの治療に役立つ情報を発見するとともに、がん診療のデータベースをつくるため、あなたを直接特定できない形にした情報やゲノムデータ等を「がんゲノム情報管理センター」へ提供すること。

(2)「がんゲノム情報管理センター」に提供された情報・ゲノムデータ等を、厳格な審査を経て、学術研究や医薬品等の開発目的での利用を希望する第三者に提供すること。提供の意思を撤回される場合、それ以降の利用を停止します。既に利用されているデータは削除できません。

(3-1：OncoGuideTM NCCオンコパネル システムを希望される場合)

がん遺伝子パネル検査「OncoGuideTM NCCオンコパネル システム」の改善を目的として、国内の衛生検査所から製造販売企業であるシスメックス株式会社へゲノムデータの開示および利用すること。

(3-2：FoundationOne® CDx がんゲノムプロファイルを希望される場合)

あなたを直接特定できない形にした情報やゲノムデータは、検査を行う米国のファウンデーション・メディシン社により、ファウンデーション・メディシン社又は他の第三者による研究及びその他の目的（検査精度の向上等）で利用又は開示されること。なお、同意撤回されたとしても、既に同意撤回前にあなたの検査であることが特定できない形にされている情報やゲノムデータは、事前に同意取得された範囲で活用されることがあります。

記載後は富山県立中央病院に持参し直接主治医にお渡しください。

１）　喫煙歴はありますか？（該当する番号に○）

0　喫煙経験なし　　 1　喫煙経験あり　　 9　わからない

２）　１）で「喫煙経験あり」と回答された場合、喫煙年数について教えて下さい。

喫煙総年数　　　　　　年

※　継続年数ではなく、合計の喫煙年数を記載。

３）　１）で「喫煙経験あり」と回答された場合、喫煙本数（1日あたり）について教えて下さい。

喫煙本数　　　　　　本/日

４）　飲酒されますか？（該当する番号に○）

0　飲酒する　　 1　多飲する※　 9　飲酒しない

　（注）常習的に1日平均純アルコールで約60ｇを超える場合「多飲する」を選択してください。

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| お酒の種類と量 | ビール | 清酒 | ｳｨｽｷｰ・ﾌﾞﾗﾝﾃﾞｰ | 焼酎（35度） | ワイン |
| 中瓶3本 | 3号 | ダブル3杯 | 1合 | 5杯 |
| 500ml/本 | 180mｌ/合 | 60ml/杯 | 180ml/合 | 120ｍｌ/ 杯 |
| アルコール度数 | 5% | 15% | 43% | 35% | 12% |
| 純アルコール | 60g | 66g | 60g | 50g | 60g |

５）アスベスト（石綿）の曝露歴はありますか？（該当する番号に○）

※　主にアスベストが使われている（いた）施設での労働（職業性石綿ばく露）や家庭内での曝露

0　曝露歴なし　　 １　曝露歴あり　　　 9　わからない

６）これまで、富山県立中央病院または他院で「遺伝子パネル検査」を受けたことはありますか？

(注)　がん遺伝子パネル検査が保険診療で認められるのは、他院を含め1患者1回のみです。トラブル防止のため過去にこの検査を受けたことがある場合は正直に申し出てください。

0　ない　　 1　あり

７）６）で「あり」と回答された場合、それはどこですか？

0　富山県立中央病院 1　他院（医療機関名称：　　　　　　　　　　　　）

８）あなたのご家族・ご親族に過去に「がん」と診断された方はいらっしゃいますか？（該当する番号に○）

0　いない　　 1　いる　　 9　わからない

９）　８）で「いる」と回答された場合、あなたとのご家族・ご親族の続柄とがん種、診断された年齢・年代を教えてください。

1　父（　　）【　　】　 2　母（　　）【　　】　 3　子（　　）【　　】

4　祖父母（父方） （　　）【　　】　 5　祖父母（母方） （　　）【　　】

6　おじ（父方） （　　）【　　】　 7　おじ（母方） （　　）【　　】

8　おば（父方） （　　）【　　】　 9　おば（母方） （　　）【　　】

10　甥姪 （　　）【　　】　 11　孫 （　　）【　　】

12　いとこ （　　）【　　】　 13　不明の血縁者 （　　）【　　】

（　　）内には次の番号を記載してください。

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 1　中枢神経系 | 2　脳 | 3　眼 | 4　口腔 | 5　咽頭 |
| 6　喉頭 | 7　鼻・副鼻腔 | 8　唾液腺 | 9　甲状腺 | 10　肺 |
| 11　胸膜 | 12　胸腺 | 13　乳 | 14　食道 | 15　胃 |
| 16　十二指腸乳頭部 | 17　小腸 | 18　虫垂 | 19　大腸 | 20　肝 |
| 21　胆道 | 22　膵 | 23　腎 | 24　腎盂 | 25　副腎 |
| 26　膀胱 | 27　尿管 | 28　前立腺 | 29　精巣 | 30　陰茎 |
| 31　子宮体部 | 32　子宮頚部 | 33　卵巣/卵管 | 34　膣 | 35　皮膚 |
| 36　皮下 | 37　骨 | 38　筋肉 | 39　軟部組織 | 40　腹膜 |
| 41　髄膜 | 42　骨髄系 | 43　リンパ系 | 44　末梢神経系 | 45　原発不明 |
| 46　その他 |  |  |  |  |

【　　】内には次の記号（アルファベット）を記載してください。

F

H

１０

２６

お一人のご家族・ご親族に複数の診断がある場合は、次のように記載してください。

1　父（　　）【　　】

|  |  |
| --- | --- |
| 番号 | 年齢 |
| A | 10歳未満 |
| B | 10歳台 10歳以上 かつ 20歳未満 |
| C | 20歳台 20歳以上 かつ 30歳未満 |
| D | 30歳台 30歳以上 かつ 40歳未満 |
| E | 40歳台 40歳以上 かつ 50歳未満 |
| F | 50歳台 50歳以上 かつ 60歳未満 |
| G | 60歳台 60歳以上 かつ 70歳未満 |
| H | 70歳台 70歳以上 かつ 80歳未満 |
| I | 80歳台 80歳以上 かつ 90歳未満 |
| J | 90歳以上 90歳以上 (≧90歳 ) |
| K | 不明 上記に該当しない場合 |

以上です。ありがとうございました。

記載年月日　西暦　　　　年　　　　月　　　　日

記載者　　 （自著）

記載者が本人でない場合：続柄