

印刷して、他の書類・検体と一緒に送ってください。

臨床経過サマリー (EP 前まで)

がんゲノム情報管理センター(C-CAT)への登録やエキスパートパネルを開催するために臨床情報が必要となります。ご協力のほどよろしくお願い申し上げます。

患者氏名： _____ **様**

作成日：西暦 _____ 年 _____ 月 _____ 日

貴院名： _____

ご担当医師名： _____

目次：p5~16 はがん種が該当する場合のみご記入ください

必須：患者背景情報～がん種情報	2
必須：併存症	3
必須：既往歴	3
必須：既知の遺伝性疾患の有無	4
必須：固形腫瘍.....	5
肺（がん種が該当する場合必須）	6
乳房（がん種が該当する場合必須）	9
食道/胃 or 腸（がん種が該当する場合必須）	11
肝臓（がん種が該当する場合必須）	13
皮膚（がん種が該当する場合必須）	14
唾液腺癌（がん種が該当する場合必須）	14
甲状腺（がん種が該当する場合必須）	15
胆道（がん種が該当する場合必須）	15
膵臓（がん種が該当する場合必須）	16
前立腺（がん種が該当する場合必須）	17
卵巣/卵管（がん種が該当する場合必須）	18
必須：エキスパートパネル開催前の薬物療法と有害事象	19

作成日：2024年4月12日

作成者：がんゲノム医療部

承認日：2024年4月19日

必須：併存症

病名	罹患年齢
	歳台

必須：既往歴

病名	罹患年齢
	歳台

必須：既知の遺伝性疾患の有無

項目	内容
① 既知の遺伝性疾患の有無	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり→②へ <input type="checkbox"/> 不明
② 既知の遺伝性疾患名	<input type="checkbox"/> BAP1 Tumor Predisposition Synd <input type="checkbox"/> Birt-Hogg-Dube Syndrome (BHD) <input type="checkbox"/> Cancer Predisposition Synd <input type="checkbox"/> FAP <input type="checkbox"/> HBOC <input type="checkbox"/> HDGC <input type="checkbox"/> Hereditary Leiomyomatosis and Renal Cell Cancer (HLRCC) <input type="checkbox"/> Hereditary Papillary Renal Cancer (HPRC) <input type="checkbox"/> HPPS <input type="checkbox"/> Juvenile Polyposis <input type="checkbox"/> Loeys-Dietz <input type="checkbox"/> Lynch <input type="checkbox"/> Malignant Melanoma <input type="checkbox"/> MAP <input type="checkbox"/> Melanoma <input type="checkbox"/> Melanoma/Pancreatic Ca <input type="checkbox"/> MEN1 <input type="checkbox"/> MEN2 <input type="checkbox"/> MODY3 <input type="checkbox"/> NF1 <input type="checkbox"/> NF2 <input type="checkbox"/> Peutz-Jeghers <input type="checkbox"/> Polymerase Proofreading Associated Polyposis (PPAP) <input type="checkbox"/> PTEN Hamartoma <input type="checkbox"/> Retinoblastoma <input type="checkbox"/> Rhabdoid Tumor Predisposition Synd <input type="checkbox"/> Inherited Bone Marrow Failure Synd <input type="checkbox"/> Loeys-Dietz <input type="checkbox"/> Pheochromocytoma <input type="checkbox"/> Li-Fraumeni <input type="checkbox"/> Tuberous Sclerosis CompleX <input type="checkbox"/> VHL <input type="checkbox"/> WT1-related Wilms <input type="checkbox"/> その他 ()

必須：固形腫瘍

項目	内容
③ NTRK1/2/3 融合遺伝子	<input type="checkbox"/> 陰性→④へ <input type="checkbox"/> 陽性→④へ <input type="checkbox"/> 判定不能→④へ <input type="checkbox"/> 不明 or 未検査
④ NTRK1/2/3 融合遺伝子 検査方法	<input type="checkbox"/> F1 CDx <input type="checkbox"/> F1 Liquid CDx <input type="checkbox"/> その他 <input type="checkbox"/> 不明
⑤ MSI 検査	<input type="checkbox"/> 陰性→⑥へ <input type="checkbox"/> 陽性→⑥・⑦へ <input type="checkbox"/> 判定不能→⑥へ <input type="checkbox"/> 不明 or 未検査
⑥ MSI 検査 検査方法	<input type="checkbox"/> MSI 検査キット (FALCO) <input type="checkbox"/> F1 CDx <input type="checkbox"/> G360CDx <input type="checkbox"/> Idylla MSI Test 「ニチレイバイオ」 <input type="checkbox"/> その他 <input type="checkbox"/> 不明
⑦ MSI-High の場合、リンチ症候群 (HNPCC) の遺伝子診断 (遺伝 カウンセリング等) を実施され ましたか？	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
⑧ ミスマッチ修復機能	<input type="checkbox"/> pMMR (正常)→⑨へ <input type="checkbox"/> dMMR (欠損) →⑨へ <input type="checkbox"/> 判定不能→⑨へ <input type="checkbox"/> 不明 or 未検査
⑨ ミスマッチ修復機能 検査方法	<input type="checkbox"/> ベンタナ OptiView 2 抗体 (MSH6, PMS2) <input type="checkbox"/> ベンタナ OptiView 4 抗体 (MSH2, MSH6, MLH1, PMS2) <input type="checkbox"/> その他 <input type="checkbox"/> 不明
⑩ 腫瘍遺伝子変異量	<input type="checkbox"/> TMB-High (TMB スコアが 10mut/Mb 以上) →⑪へ <input type="checkbox"/> その他→⑪へ <input type="checkbox"/> 不明 or 未検査
⑪ 腫瘍遺伝子変異量 検査方法	<input type="checkbox"/> F1 CDx <input type="checkbox"/> その他 <input type="checkbox"/> 不明

肺 (がん種が該当する場合必須)

項目	内容
① EGFR	<input type="checkbox"/> 陰性→③へ <input type="checkbox"/> 陽性→②・③へ <input type="checkbox"/> 判定不能→③へ <input type="checkbox"/> 不明 or 未検査
② EGFR-type	<input type="checkbox"/> G719 <input type="checkbox"/> exon-19 欠失 <input type="checkbox"/> S768I <input type="checkbox"/> T790M <input type="checkbox"/> exon-20 挿入 <input type="checkbox"/> L858R <input type="checkbox"/> L861Q <input type="checkbox"/> その他 <input type="checkbox"/> 不明
③ EGFR 検査方法	<input type="checkbox"/> CobasV2 <input type="checkbox"/> Therascreen <input type="checkbox"/> オンコマイン Dx target Test マルチ CDx <input type="checkbox"/> F1 CDx <input type="checkbox"/> F1 Liquid CDx <input type="checkbox"/> Amoy Dx 肺癌マルチ遺伝子 PCR パネル <input type="checkbox"/> その他 <input type="checkbox"/> 不明
④ EGFR-TKI 耐性後 EGFR-T790M	<input type="checkbox"/> 陰性 <input type="checkbox"/> 陽性 <input type="checkbox"/> 判定不能 <input type="checkbox"/> 不明 or 未検査
⑤ ALK 融合	<input type="checkbox"/> 陰性→⑥へ <input type="checkbox"/> 陽性→⑥へ <input type="checkbox"/> 判定不能→⑥へ <input type="checkbox"/> 不明 or 未検査

肺 (がん種が該当する場合必須)

項目	内容
⑥ ALK 検査方法	<input type="checkbox"/> IHC <input type="checkbox"/> FISH <input type="checkbox"/> IHC+FISH <input type="checkbox"/> RT-PCR <input type="checkbox"/> RT-PCR+FISH <input type="checkbox"/> F1 CDx <input type="checkbox"/> F1 Liquid CDx <input type="checkbox"/> オンコマイン Dx Target Test マルチ CDx <input type="checkbox"/> Amoy Dx 肺癌マルチ遺伝子 PCR パネル <input type="checkbox"/> その他 <input type="checkbox"/> 不明
⑦ ROS1	<input type="checkbox"/> 陰性→⑧ <input type="checkbox"/> 陽性→⑧ <input type="checkbox"/> 判定不能→⑧ <input type="checkbox"/> 不明 or 未検査
⑧ ROS1 検査方法	<input type="checkbox"/> F1 CDx <input type="checkbox"/> F1 Liquid CDx <input type="checkbox"/> オンコマイン Dx Target Test マルチ CDx <input type="checkbox"/> Amoy Dx 肺癌マルチ遺伝子 PCR パネル <input type="checkbox"/> OncoGuide AmoyDx <input type="checkbox"/> その他 <input type="checkbox"/> 不明
⑨ BRAF(V600)	<input type="checkbox"/> 陰性→⑩へ <input type="checkbox"/> 陽性→⑩へ <input type="checkbox"/> 判定不能→⑩へ <input type="checkbox"/> 不明 or 未検査
⑩ BRAF(V600) 検査方法	<input type="checkbox"/> オンコマイン Dx Target Test マルチ CDx <input type="checkbox"/> Amoy Dx 肺癌マルチ遺伝子 PCR パネル <input type="checkbox"/> その他 <input type="checkbox"/> 不明
⑪ PD-L1(IHC)	<input type="checkbox"/> 陰性→⑫へ <input type="checkbox"/> 陽性→⑫・⑬へ <input type="checkbox"/> 判定不能→⑫へ <input type="checkbox"/> 不明 or 未検査

肺 (がん種が該当する場合必須)

⑫ PD-L1(IHC) 検査方法	<input type="checkbox"/> Nivolumab/Dako28-8(BMS/小野) <input type="checkbox"/> Pembrolizumab/Dako22C3(Merck) <input type="checkbox"/> SP142 <input type="checkbox"/> SP263 (術後補助療法) <input type="checkbox"/> その他 <input type="checkbox"/> 不明
⑬ 陽性率 (%)	数値：
⑭ MET 遺伝子エクソンスキッピング変異	<input type="checkbox"/> 陰性→⑮へ <input type="checkbox"/> 陽性→⑮へ <input type="checkbox"/> 判定不能→⑮へ <input type="checkbox"/> 不明 or 未検査
⑮ MET 遺伝子エクソンスキッピング変異 検査方法	<input type="checkbox"/> ArcherMET コンパニオン診断システム <input type="checkbox"/> Amoy Dx 肺癌マルチ遺伝子 PCR パネル <input type="checkbox"/> その他 <input type="checkbox"/> 不明
⑯ KRAS G12C 遺伝子変異	<input type="checkbox"/> 陰性→⑰へ <input type="checkbox"/> 陽性→⑰へ <input type="checkbox"/> 判定不能→⑰へ <input type="checkbox"/> 不明 or 未検査
⑰ KRAS G12C 遺伝子変異 検査方法	<input type="checkbox"/> theascreen <input type="checkbox"/> その他 <input type="checkbox"/> 不明
⑱ RET 融合遺伝子	<input type="checkbox"/> 陰性→⑲へ <input type="checkbox"/> 陽性→⑲へ <input type="checkbox"/> 判定不能→⑲へ <input type="checkbox"/> 不明 or 未検査
⑲ RET 融合遺伝子 検査方法	<input type="checkbox"/> オンコマイン Dx Target Test マルチ CDx <input type="checkbox"/> その他 <input type="checkbox"/> 不明

乳房 (がん種が該当する場合必須)

項目	内容
① HER2(IHC)	<input type="checkbox"/> 陰性 <input type="checkbox"/> 陰性(1+) <input type="checkbox"/> 境界域(2+) <input type="checkbox"/> 陽性(3+) <input type="checkbox"/> 判定不能 <input type="checkbox"/> 不明 or 未検査
② HER2(FISH)	<input type="checkbox"/> 陰性 <input type="checkbox"/> equivocal <input type="checkbox"/> 陽性 <input type="checkbox"/> 判定不能 <input type="checkbox"/> 不明 or 未検査
③ ER	<input type="checkbox"/> 陰性 <input type="checkbox"/> 陽性 <input type="checkbox"/> 判定不能 <input type="checkbox"/> 不明 or 未検査
④ PgR	<input type="checkbox"/> 陰性 <input type="checkbox"/> 陽性 <input type="checkbox"/> 判定不能 <input type="checkbox"/> 不明 or 未検査
⑤ gBRCA1	<input type="checkbox"/> 陰性→⑥へ <input type="checkbox"/> 陽性→⑥へ <input type="checkbox"/> 判定不能→⑥へ <input type="checkbox"/> 不明 or 未検査
⑥ gBRCA1 検査方法	<input type="checkbox"/> BRACAnalysis 診断システム <input type="checkbox"/> その他 <input type="checkbox"/> 不明
⑦ gBRCA2	<input type="checkbox"/> 陰性→⑧ <input type="checkbox"/> 陽性→⑧ <input type="checkbox"/> 判定不能→⑧ <input type="checkbox"/> 不明 or 未検査
⑧ gBRCA2 検査方法	<input type="checkbox"/> BRACAnalysis 診断システム <input type="checkbox"/> その他 <input type="checkbox"/> 不明
⑨ PD-L1 タンパク	<input type="checkbox"/> 陰性→⑩へ <input type="checkbox"/> 陽性→⑩へ <input type="checkbox"/> 判定不能→⑩へ <input type="checkbox"/> 不明 or 未検査

作成日：2024年4月12日

作成者：がんゲノム医療部

承認日：2024年4月19日

乳房（がん種が該当する場合必須）

項目	内容
⑩ PD-L1 タンパク 検査方法	<input type="checkbox"/> PD-L1 IHC 22C3 PharmDx「ダコ」 <input type="checkbox"/> ベンタナ OptiView PD-L1(SP-142) <input type="checkbox"/> その他 <input type="checkbox"/> 不明
⑪ ERBB2 コピー数 異常	<input type="checkbox"/> 陰性→⑫へ <input type="checkbox"/> 陽性→⑫へ <input type="checkbox"/> equivocal→⑫へ <input type="checkbox"/> 判定不能→⑫へ <input type="checkbox"/> 不明 or 未検査
⑫ ERBB2 コピー数 異常 検査方法	<input type="checkbox"/> F1 CDx <input type="checkbox"/> その他 <input type="checkbox"/> 不明

食道/胃 or 腸 (がん種が該当する場合必須)

項目	内容
① KRAS	<input type="checkbox"/> 陰性→③へ <input type="checkbox"/> 陽性→②・③へ <input type="checkbox"/> 判定不能→③へ <input type="checkbox"/> 不明 or 未検査
② KRAS-type	<input type="checkbox"/> codon12 <input type="checkbox"/> codon13 <input type="checkbox"/> codon59 <input type="checkbox"/> codon61 <input type="checkbox"/> codon117 <input type="checkbox"/> codon146 <input type="checkbox"/> 不明
③ KRAS 検査方法	<input type="checkbox"/> PCR-rSSO 法 <input type="checkbox"/> MEBGEN RASKET-B キット <input type="checkbox"/> OncoBEAM RAS CRC キット <input type="checkbox"/> F1 CDx <input type="checkbox"/> その他 <input type="checkbox"/> 不明
④ NRAS	<input type="checkbox"/> 陰性→⑥へ <input type="checkbox"/> 陽性→⑤・⑥へ <input type="checkbox"/> 判定不能→⑥へ <input type="checkbox"/> 不明 or 未検査
⑤ NRAS-type	<input type="checkbox"/> codon12 <input type="checkbox"/> codon13 <input type="checkbox"/> codon59 <input type="checkbox"/> codon61 <input type="checkbox"/> codon117 <input type="checkbox"/> codon146 <input type="checkbox"/> 不明
⑥ NRAS 検査方法	<input type="checkbox"/> PCR-rSSO 法 <input type="checkbox"/> MEBGEN RASKET-B キット <input type="checkbox"/> OncoBEAM RAS CRC キット <input type="checkbox"/> F1 CDx <input type="checkbox"/> その他 <input type="checkbox"/> 不明

食道/胃 or 腸 (がん種が該当する場合必須)

項目	内容
⑦ HER2	<input type="checkbox"/> 陰性→⑧へ <input type="checkbox"/> 陰性(1+)→⑧へ <input type="checkbox"/> 境界域(2+)→⑧・⑨へ <input type="checkbox"/> 陽性(3+)→⑧へ <input type="checkbox"/> 判定不能→⑧へ <input type="checkbox"/> 不明 or 未検査
⑧ HER2 タンパク 検査方法	<input type="checkbox"/> ベンタナ ultraView パスウェーHER2(4B5) <input type="checkbox"/> その他 <input type="checkbox"/> 不明
⑨ HER2 遺伝子 増幅(ISH 法) 検査方法	<input type="checkbox"/> パスビジョン HER2 DNA プローブキット→⑩へ <input type="checkbox"/> その他→⑩へ <input type="checkbox"/> 不明 or 未検査
⑩ HER2 遺伝子 増幅(ISH 法)	<input type="checkbox"/> 陰性 <input type="checkbox"/> equivocal <input type="checkbox"/> 陽性 <input type="checkbox"/> 判定不能
⑪ EGFR(IHC)	<input type="checkbox"/> 陰性 <input type="checkbox"/> 陽性 <input type="checkbox"/> 判定不能 <input type="checkbox"/> 不明 or 未検査
⑫ BRAF(V600)	<input type="checkbox"/> 陰性→⑬へ <input type="checkbox"/> 陽性→⑬へ <input type="checkbox"/> 判定不能→⑬へ <input type="checkbox"/> 不明 or 未検査
⑬ BRAF(V600) 検査方法	<input type="checkbox"/> MEBGEN RASKET-B キット <input type="checkbox"/> therascreen <input type="checkbox"/> その他 <input type="checkbox"/> 不明

肝臓 (がん種が該当する場合必須)

項目	内容
① HBsAg	<input type="checkbox"/> 陰性 <input type="checkbox"/> 陽性 <input type="checkbox"/> 判定不能 <input type="checkbox"/> 不明 or 未検査
② HBs 抗体	<input type="checkbox"/> 陰性 <input type="checkbox"/> 陽性 <input type="checkbox"/> 判定不能 <input type="checkbox"/> 不明 or 未検査
③ HBV-DNA 直近の検査結果	コピー数： Log IU/mL
④ HCV 抗体	<input type="checkbox"/> 低 <input type="checkbox"/> 中 <input type="checkbox"/> 高 <input type="checkbox"/> 不明 or 未検査 定性検査のみ実施の場合 <input type="checkbox"/> 低、陰性(定性の-) <input type="checkbox"/> 中、境界(定性の+-) <input type="checkbox"/> 高、陽性(定性の+) <input type="checkbox"/> 不明 or 未検査、検査歴不明もしくは未検査
⑤ HCV-RNA 直近の検査結果	コピー数： Log IU/mL

皮膚（がん種が該当する場合必須）

項目	内容
① BRAF 遺伝子 変異	<input type="checkbox"/> 陰性→②へ <input type="checkbox"/> 陽性→②・③へ <input type="checkbox"/> 判定不能→②へ <input type="checkbox"/> 不明 or 未検査
② BRAF 遺伝子 変異 検査方法	<input type="checkbox"/> コバス BRAF V600 変異検出キット <input type="checkbox"/> F1 CDx <input type="checkbox"/> THxID BRAF キット <input type="checkbox"/> MEBGEN BRAF キット <input type="checkbox"/> その他 <input type="checkbox"/> 不明
③ BRAF-type	<input type="checkbox"/> V600E <input type="checkbox"/> V600K <input type="checkbox"/> 判定不能 <input type="checkbox"/> 不明

唾液腺癌（がん種が該当する場合必須）

項目	内容
① HER2 遺伝子 増幅度	<input type="checkbox"/> 陰性→②へ <input type="checkbox"/> equivocal→②へ <input type="checkbox"/> 陽性→②へ <input type="checkbox"/> 判定不能→②へ <input type="checkbox"/> 不明 or 未検査
② HER2 遺伝子 増幅度 検査方法	<input type="checkbox"/> ベンタナ DISH HER2 キット <input type="checkbox"/> その他 <input type="checkbox"/> 不明
③ HER2 タンパク	<input type="checkbox"/> 陰性→④へ <input type="checkbox"/> 陽性→④へ <input type="checkbox"/> 判定不能→④へ <input type="checkbox"/> 不明 or 未検査
④ HER2 タンパク 検査方法	<input type="checkbox"/> ベンタナ ultraView パスウェーHER2(4B5) <input type="checkbox"/> その他 <input type="checkbox"/> 不明

甲状腺 (がん種が該当する場合必須)

項目	内容
① RET 融合遺伝子	<input type="checkbox"/> 陰性→②へ <input type="checkbox"/> 陽性→②へ <input type="checkbox"/> 判定不能→②へ <input type="checkbox"/> 不明 or 未検査
② RET 融合遺伝子 検査方法	<input type="checkbox"/> オンコマイン Dx Target Test マルチ CDx <input type="checkbox"/> その他 <input type="checkbox"/> 不明
③ RET 遺伝子変異	<input type="checkbox"/> 陰性→④へ <input type="checkbox"/> 陽性→④へ <input type="checkbox"/> 判定不能→④へ <input type="checkbox"/> 不明 or 未検査
④ RET 遺伝子変異 検査方法	<input type="checkbox"/> オンコマイン Dx Target Test マルチ CDx <input type="checkbox"/> その他 <input type="checkbox"/> 不明

胆道 (がん種が該当する場合必須)

項目	内容
① FGFR2 融合遺伝子	<input type="checkbox"/> 陰性→②へ <input type="checkbox"/> 陽性→②へ <input type="checkbox"/> 判定不能→②へ <input type="checkbox"/> 不明 or 未検査
② FGFR2 融合遺伝子 検査方法	<input type="checkbox"/> F1 CDx <input type="checkbox"/> その他 <input type="checkbox"/> 不明

膵臓 (がん種が該当する場合必須)

項目	内容
① gBRCA1	<input type="checkbox"/> 陰性→②へ <input type="checkbox"/> 陽性→②へ <input type="checkbox"/> 判定不能→②へ <input type="checkbox"/> 不明 or 未検査
② gBRCA1 検査方法	<input type="checkbox"/> BRACAnalysis 診断システム <input type="checkbox"/> その他 <input type="checkbox"/> 不明
③ gBRCA2	<input type="checkbox"/> 陰性→④へ <input type="checkbox"/> 陽性→④へ <input type="checkbox"/> 判定不能→④へ <input type="checkbox"/> 不明 or 未検査
④ gBRCA2 検査方法	<input type="checkbox"/> BRACAnalysis 診断システム <input type="checkbox"/> その他 <input type="checkbox"/> 不明

前立腺（がん種が該当する場合必須）

項目	内容
① gBRCA1	<input type="checkbox"/> 陰性→②へ <input type="checkbox"/> 陽性→②へ <input type="checkbox"/> 判定不能→②へ <input type="checkbox"/> 不明 or 未検査
② gBRCA1 検査方法	<input type="checkbox"/> F1 CDx <input type="checkbox"/> F1 Liquid CDx <input type="checkbox"/> BRACAnalysis 診断システム <input type="checkbox"/> その他 <input type="checkbox"/> 不明
③ gBRCA2	<input type="checkbox"/> 陰性→④へ <input type="checkbox"/> 陽性→④へ <input type="checkbox"/> 判定不能→④へ <input type="checkbox"/> 不明 or 未検査
④ gBRCA2 検査方法	<input type="checkbox"/> F1 CDx <input type="checkbox"/> F1 Liquid CDx <input type="checkbox"/> BRACAnalysis 診断システム <input type="checkbox"/> その他 <input type="checkbox"/> 不明

卵巣／卵管（がん種が該当する場合必須）

項目	内容
① gBRCA1	<input type="checkbox"/> 陰性→②へ <input type="checkbox"/> 陽性→②へ <input type="checkbox"/> 判定不能→②へ <input type="checkbox"/> 不明 or 未検査
② gBRCA1 検査方法	<input type="checkbox"/> F1 CDx <input type="checkbox"/> BRACAnalysis 診断システム <input type="checkbox"/> myChoice 診断システム <input type="checkbox"/> その他 <input type="checkbox"/> 不明
③ gBRCA2	<input type="checkbox"/> 陰性→④へ <input type="checkbox"/> 陽性→④へ <input type="checkbox"/> 判定不能→④へ <input type="checkbox"/> 不明 or 未検査
④ gBRCA2 検査方法	<input type="checkbox"/> F1 CDx <input type="checkbox"/> BRACAnalysis 診断システム <input type="checkbox"/> myChoice 診断システム <input type="checkbox"/> その他 <input type="checkbox"/> 不明
⑤ 相同組換え 修復欠損	<input type="checkbox"/> 陰性→⑥へ <input type="checkbox"/> 陽性→⑥へ <input type="checkbox"/> 判定不能→⑥へ <input type="checkbox"/> 不明 or 未検査
⑥ 相同組換え 修復欠損 検査方法	<input type="checkbox"/> myChoice 診断システム <input type="checkbox"/> その他 <input type="checkbox"/> 不明

必須：エキスパートパネル開催前の薬物療法と有害事象

※2次治療以降は、これをコピーしてご記載ください
 ※薬物療法（化学療法、ホルモン療法、分子標的療法）を全てご記載ください

がんゲノム情報管理センター(C-CAT)への登録やエキスパートパネルを開催するために臨床情報が必要となります。ご協力のほどよろしくお願い申し上げます。

1次治療から投与されたレジメン毎に記載をお願いいたします。

他院でおこなわれた薬物治療もわかる範囲でご記入をお願いします。

項目	内容
① 薬物療法実施の有無	<input type="checkbox"/> あり→②以降をご記載ください <input type="checkbox"/> なし
② 承認薬併用治験への該当	<input type="checkbox"/> 該当しない <input type="checkbox"/> 該当する
③ 投与開始日(最初の薬剤の投与日)	西暦 年 月 日
④ 投与終了日(最後の薬剤の投与日) または 継続中	西暦 年 月 日 または <input type="checkbox"/> 継続中
⑤ 治療方針	<input type="checkbox"/> 企業治験 <input type="checkbox"/> 医師主導治験 <input type="checkbox"/> 先進医療 <input type="checkbox"/> 患者申出療養 <input type="checkbox"/> 保険診療 <input type="checkbox"/> その他
⑥ レジメン名	
⑦ 薬剤名(一般名)	
⑧ 治療ライン	<input type="checkbox"/> 1次治療 <input type="checkbox"/> 2次治療 <input type="checkbox"/> 3次治療 <input type="checkbox"/> 4次治療 <input type="checkbox"/> 5次治療以降 <input type="checkbox"/> 不明
⑨ 実施目的	<input type="checkbox"/> 術前補助療法 <input type="checkbox"/> 術後補助療法 <input type="checkbox"/> 根治 <input type="checkbox"/> 緩和 <input type="checkbox"/> その他

⑩ レジメン内容変更情報 (薬剤投与開始後、レジメンに変更情報がある場合は 必須 です)	
⑪ 終了理由	<input type="checkbox"/> 計画通り終了 <input type="checkbox"/> 無効中止 (⑰も必須記載) <input type="checkbox"/> 副作用等で中止 (⑱も必須記載) <input type="checkbox"/> 本人希望により中止 <input type="checkbox"/> その他の理由で中止 <input type="checkbox"/> 不明
⑫ 最良総合効果	<input type="checkbox"/> CR <input type="checkbox"/> PR <input type="checkbox"/> SD <input type="checkbox"/> PD <input type="checkbox"/> NE 評価していない、または不明の場合は「NE」を選択ください。
⑬ 非血液毒性の Ggrade3 以上有害事象の有無	<input type="checkbox"/> Grade3 以上なし <input type="checkbox"/> Grade3 以上あり→⑭～⑯へ <input type="checkbox"/> 不明
⑭ 発現日	西暦 年 月 日
⑮ 名称	日本語：
⑯ CTCAEv5.0 最悪 Grade	<input type="checkbox"/> Grade3 <input type="checkbox"/> Grade4 <input type="checkbox"/> Grade5 <input type="checkbox"/> 不明
⑰ 「無効中止」の場合必須記載 画像診断日 または 臨床的増悪日	西暦 年 月 日
⑱ 「副作用等で中止」の場合必須記載 中止に至った有害事象の詳細	<input type="checkbox"/> あり→⑲・⑳へ <input type="checkbox"/> 不明
⑲ 中止に至った有害事象名 (日本語)	
⑳ 最悪 Grade	<input type="checkbox"/> Grade1 <input type="checkbox"/> Grade2 <input type="checkbox"/> Grade3 <input type="checkbox"/> Grade4 <input type="checkbox"/> Grade5 <input type="checkbox"/> 不明

放射線の治療歴について

項目	内容
治療開始日	西暦 年 月 日
治療終了日 または 継続中	西暦 年 月 日 または <input type="checkbox"/> 継続中
RT 部位	<input type="checkbox"/> 脳 <input type="checkbox"/> 髄膜 <input type="checkbox"/> 皮膚 <input type="checkbox"/> 頸部リンパ節 <input type="checkbox"/> 胸腔内リンパ節 <input type="checkbox"/> 腹腔内リンパ節 <input type="checkbox"/> 鼠径リンパ節 <input type="checkbox"/> 体表リンパ節 <input type="checkbox"/> 甲状腺 <input type="checkbox"/> 肺 <input type="checkbox"/> 縦郭 <input type="checkbox"/> 胸膜 <input type="checkbox"/> 食道 <input type="checkbox"/> 肝 <input type="checkbox"/> 胃 <input type="checkbox"/> 小腸 <input type="checkbox"/> 結腸 <input type="checkbox"/> 直腸 <input type="checkbox"/> 肛門 <input type="checkbox"/> 腎臓 <input type="checkbox"/> 尿管・膀胱 <input type="checkbox"/> 脾 <input type="checkbox"/> 子宮 <input type="checkbox"/> 卵巣 <input type="checkbox"/> 精巣 <input type="checkbox"/> 前立腺 <input type="checkbox"/> 前立腺+精嚢 <input type="checkbox"/> 腹膜 <input type="checkbox"/> 骨 <input type="checkbox"/> 胸椎 <input type="checkbox"/> 骨髄 <input type="checkbox"/> 副腎 <input type="checkbox"/> 乳腺 <input type="checkbox"/> 乳房 <input type="checkbox"/> 脾臓 <input type="checkbox"/> 骨盤内 <input type="checkbox"/> 全身 <input type="checkbox"/> その他 <input type="checkbox"/> 咽頭 <input type="checkbox"/> 膣 <input type="checkbox"/> 頭頸部 <input type="checkbox"/> 胸部 <input type="checkbox"/> 下肢
RT 総量	Gy

ご協力いただきまして、誠にありがとうございました。