

エキスパートパネル(EP)開催前、臨床情報

下記フォームに漏れなく、記載いただきますようお願い申し上げます。
がんゲノム情報管理センター(C-CAT)への情報登録として、エキスパートパネル開催前の臨床情報が**必須**となります。

治療ライン毎の記載をお願いいたします。
複数あるなどの理由で欄が不足する場合は、該当項目欄すべてをコピーしてご記入ください。
お手数ではございますが、ご協力のほどよろしくお願いいたします。

項目	内容
患者氏名(カナ)	(カナ:)
生年月日	西暦 年 月 日(入力時: 歳)
性別	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女
(必須) 輸血・臓器移植歴	<input type="checkbox"/> 有 輸血日あるいは移植日: 移植された臓器: <input type="checkbox"/> なし
(必須) がん種区分 (原発部位)	<input type="checkbox"/> 中枢神経系/脳 <input type="checkbox"/> 末梢神経系 <input type="checkbox"/> 頭頸部 <input type="checkbox"/> 眼 <input type="checkbox"/> 甲状腺 <input type="checkbox"/> 肺 <input type="checkbox"/> 胸膜 <input type="checkbox"/> 胸腺 <input type="checkbox"/> 乳房 <input type="checkbox"/> 食道/胃 <input type="checkbox"/> 腸 <input type="checkbox"/> ファーター膨大(乳頭)部 <input type="checkbox"/> 腹膜 <input type="checkbox"/> 肝 <input type="checkbox"/> 胆道 <input type="checkbox"/> 膵 <input type="checkbox"/> 副腎 <input type="checkbox"/> 腎 <input type="checkbox"/> 膀胱/尿路 <input type="checkbox"/> 卵巣/卵管 <input type="checkbox"/> 子宮 <input type="checkbox"/> 子宮頸部 <input type="checkbox"/> 外陰部/膣 <input type="checkbox"/> 前立腺 <input type="checkbox"/> 精巣 <input type="checkbox"/> 陰茎 <input type="checkbox"/> 皮膚 <input type="checkbox"/> 軟部組織 <input type="checkbox"/> 骨 <input type="checkbox"/> リンパ球系 <input type="checkbox"/> 骨髄 <input type="checkbox"/> その他(*) (採取部位:) * 原発不明がんの場合は、「その他」を選択してください。 適当ながん種区分が見つからない場合、下記の web サイトをご参考にしてください。 登録先であるがんゲノム情報管理センター(C-CAT)へつながります。 https://www.ncc.go.jp/ip/c_cat/iitsumushya/020/index.html
過去の保険診療 がん遺伝子パネル検査 登録	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> なし 有の場合:C-CAT ID()

項目	内容
(必須) 病理診断名	
(必須) 診断日	西暦 年 月 日
(必須) 臨床診断名	
(必須) 診断日	西暦 年 月 日
※当該腫瘍の初回治療前に診断のために実施した検査のうち、がんと診断する根拠となった検査が行われた日 ※病理診断がなされた日又は病理報告書が発行された日ではないことを、ご注意ください。	
(必須) 初回治療前のステージ分類	<input type="checkbox"/> 0期 <input type="checkbox"/> I期 <input type="checkbox"/> II期 <input type="checkbox"/> III期 <input type="checkbox"/> IV期 <input type="checkbox"/> 該当せず <input type="checkbox"/> 不明
(必須) 喫煙歴 ※継続年数ではなく、合計の年数(総年数)	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 不明 喫煙年数: 年 1日の本数: 本
(必須) アルコール多飲歴	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 不明
※多飲の定義:「機会飲酒」ではなく、日常的に1日に平均純アルコールで約60gを超え多量に飲酒する場合 例)ビール(中瓶3本:500ml/本)、清酒(3合:180ml/合)、ウイスキー(ダブル3杯:60ml/杯)	
(必須) ECOG PS	<input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 不明
(必須) 重複がん ※異なる臓器にそれぞれ原発性のがんが存在、または同一の臓器内に異なる組織型のがんが存在する状態	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 有(以下の記入をお願いします。) <input type="checkbox"/> 不明 部位: 発症年齢: 歳
(該当時必須) 重複がん 活動性	<input type="checkbox"/> 活動性 <input type="checkbox"/> 非活動性 <input type="checkbox"/> 不明
(必須) 多発がん ※同一臓器に、同一がん種が多発したことを確認	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 有(以下の記入をお願いします。) <input type="checkbox"/> 不明 部位: 発症年齢: 歳
(該当時必須) 多発がん 活動性	<input type="checkbox"/> 活動性 <input type="checkbox"/> 非活動性 <input type="checkbox"/> 不明
(必須) 登録時転移の有無	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 有(以下の記入をお願いします。) <input type="checkbox"/> 不明
(該当時必須) 転移の部位	
(必須) 既知の遺伝性疾患の有無 (がん以外も含む)	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 有(以下の記入をお願いします。) <input type="checkbox"/> 不明
(該当時必須) 既知の遺伝性疾患名	

※多数ある場合は、このページをコピーしてご記入ください。

項目	内容
(必須) 家族歴	有無 <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 有(以下の記入をお願いします。) <input type="checkbox"/> 不明
	続柄 <input type="checkbox"/> 父 <input type="checkbox"/> 母 <input type="checkbox"/> 親(詳細不明) <input type="checkbox"/> 同胞 <input type="checkbox"/> 同胞(男) <input type="checkbox"/> 同胞(女) <input type="checkbox"/> 子 <input type="checkbox"/> 祖父母(父方) <input type="checkbox"/> 祖父母(母方) <input type="checkbox"/> 祖父母(詳細不明) <input type="checkbox"/> 大叔母 <input type="checkbox"/> 大叔父 <input type="checkbox"/> おじ(父方) <input type="checkbox"/> おじ(母方) <input type="checkbox"/> おば(父方) <input type="checkbox"/> おば(母方) <input type="checkbox"/> おじおば(詳細不明) <input type="checkbox"/> 甥姪 <input type="checkbox"/> 孫 <input type="checkbox"/> いとこ(父方) <input type="checkbox"/> いとこ(母方) <input type="checkbox"/> いとこ(詳細不明) <input type="checkbox"/> 不明の血縁者
	がん種 <input type="checkbox"/> 中枢神経系 <input type="checkbox"/> 脳 <input type="checkbox"/> 眼 <input type="checkbox"/> 口腔 <input type="checkbox"/> 咽頭 <input type="checkbox"/> 喉頭 <input type="checkbox"/> 鼻・副鼻腔 <input type="checkbox"/> 唾液腺 <input type="checkbox"/> 甲状腺 <input type="checkbox"/> 肺 <input type="checkbox"/> 胸膜 <input type="checkbox"/> 胸腺 <input type="checkbox"/> 乳 <input type="checkbox"/> 食道 <input type="checkbox"/> 胃 <input type="checkbox"/> 十二指腸乳頭部 <input type="checkbox"/> 小腸 <input type="checkbox"/> 虫垂 <input type="checkbox"/> 大腸 <input type="checkbox"/> 肝 <input type="checkbox"/> 胆道 <input type="checkbox"/> 膵 <input type="checkbox"/> 腎 <input type="checkbox"/> 腎盂 <input type="checkbox"/> 副腎 <input type="checkbox"/> 膀胱 <input type="checkbox"/> 尿管 <input type="checkbox"/> 前立腺 <input type="checkbox"/> 精巣 <input type="checkbox"/> 陰茎 <input type="checkbox"/> 子宮体部 <input type="checkbox"/> 子宮頸部 <input type="checkbox"/> 子宮(その他、詳細不明) <input type="checkbox"/> 卵巣/卵管 <input type="checkbox"/> 膣 <input type="checkbox"/> 皮膚 <input type="checkbox"/> 骨 <input type="checkbox"/> 筋肉 <input type="checkbox"/> 軟部組織 <input type="checkbox"/> 腹膜 <input type="checkbox"/> 髄膜 <input type="checkbox"/> 骨髄系 <input type="checkbox"/> リンパ系 <input type="checkbox"/> 造血器(その他) <input type="checkbox"/> 造血器(詳細不明) <input type="checkbox"/> 末梢神経系 <input type="checkbox"/> 原発不明 <input type="checkbox"/> その他 <input type="checkbox"/> 不明
罹患年齢 <input type="checkbox"/> 10 歳未満 <input type="checkbox"/> 10 歳以上～20 歳未満 <input type="checkbox"/> 20 歳以上～30 歳未満 <input type="checkbox"/> 30 歳以上～40 歳未満 <input type="checkbox"/> 40 歳以上～50 歳未満 <input type="checkbox"/> 50 歳以上～60 歳未満 <input type="checkbox"/> 60 歳以上～70 歳未満 <input type="checkbox"/> 70 歳以上～80 歳未満 <input type="checkbox"/> 80 歳以上～90 歳未満 <input type="checkbox"/> 90 歳以上 <input type="checkbox"/> 不明	

※多数ある場合は、このページをコピーしてご記入ください。

項目	内容
(必須) 家族歴	有無 <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 有(以下の記入をお願いします。) <input type="checkbox"/> 不明
	続柄 <input type="checkbox"/> 父 <input type="checkbox"/> 母 <input type="checkbox"/> 親(詳細不明) <input type="checkbox"/> 同胞 <input type="checkbox"/> 同胞(男) <input type="checkbox"/> 同胞(女) <input type="checkbox"/> 子 <input type="checkbox"/> 祖父母(父方) <input type="checkbox"/> 祖父母(母方) <input type="checkbox"/> 祖父母(詳細不明) <input type="checkbox"/> 大叔母 <input type="checkbox"/> 大叔父 <input type="checkbox"/> おじ(父方) <input type="checkbox"/> おじ(母方) <input type="checkbox"/> おば(父方) <input type="checkbox"/> おば(母方) <input type="checkbox"/> おじおば(詳細不明) <input type="checkbox"/> 甥姪 <input type="checkbox"/> 孫 <input type="checkbox"/> いとこ(父方) <input type="checkbox"/> いとこ(母方) <input type="checkbox"/> いとこ(詳細不明) <input type="checkbox"/> 不明の血縁者
	がん種 <input type="checkbox"/> 中枢神経系 <input type="checkbox"/> 脳 <input type="checkbox"/> 眼 <input type="checkbox"/> 口腔 <input type="checkbox"/> 咽頭 <input type="checkbox"/> 喉頭 <input type="checkbox"/> 鼻・副鼻腔 <input type="checkbox"/> 唾液腺 <input type="checkbox"/> 甲状腺 <input type="checkbox"/> 肺 <input type="checkbox"/> 胸膜 <input type="checkbox"/> 胸腺 <input type="checkbox"/> 乳 <input type="checkbox"/> 食道 <input type="checkbox"/> 胃 <input type="checkbox"/> 十二指腸乳頭部 <input type="checkbox"/> 小腸 <input type="checkbox"/> 虫垂 <input type="checkbox"/> 大腸 <input type="checkbox"/> 肝 <input type="checkbox"/> 胆道 <input type="checkbox"/> 膵 <input type="checkbox"/> 腎 <input type="checkbox"/> 腎盂 <input type="checkbox"/> 副腎 <input type="checkbox"/> 膀胱 <input type="checkbox"/> 尿管 <input type="checkbox"/> 前立腺 <input type="checkbox"/> 精巣 <input type="checkbox"/> 陰茎 <input type="checkbox"/> 子宮体部 <input type="checkbox"/> 子宮頸部 <input type="checkbox"/> 子宮(その他、詳細不明) <input type="checkbox"/> 卵巣/卵管 <input type="checkbox"/> 膣 <input type="checkbox"/> 皮膚 <input type="checkbox"/> 骨 <input type="checkbox"/> 筋肉 <input type="checkbox"/> 軟部組織 <input type="checkbox"/> 腹膜 <input type="checkbox"/> 髄膜 <input type="checkbox"/> 骨髄系 <input type="checkbox"/> リンパ系 <input type="checkbox"/> 造血器(その他) <input type="checkbox"/> 造血器(詳細不明) <input type="checkbox"/> 末梢神経系 <input type="checkbox"/> 原発不明 <input type="checkbox"/> その他 <input type="checkbox"/> 不明
罹患年齢 <input type="checkbox"/> 10 歳未満 <input type="checkbox"/> 10 歳以上～20 歳未満 <input type="checkbox"/> 20 歳以上～30 歳未満 <input type="checkbox"/> 30 歳以上～40 歳未満 <input type="checkbox"/> 40 歳以上～50 歳未満 <input type="checkbox"/> 50 歳以上～60 歳未満 <input type="checkbox"/> 60 歳以上～70 歳未満 <input type="checkbox"/> 70 歳以上～80 歳未満 <input type="checkbox"/> 80 歳以上～90 歳未満 <input type="checkbox"/> 90 歳以上 <input type="checkbox"/> 不明	

項目		内容
(必須) 固形がん	NTRK1/2/3 融合遺伝子	<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
	検査方法	<input type="checkbox"/> F1 CDx <input type="checkbox"/> F1Liquid CDx <input type="checkbox"/> その他 <input type="checkbox"/> その他
	マイクロサテライト 不安定性(MSI)	<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
	検査方法	<input type="checkbox"/> MSI 検査キット(FALCO) <input type="checkbox"/> F1 CDx <input type="checkbox"/> G360 CDx <input type="checkbox"/> Idylla MSI Test「ニチレイバイオ」 <input type="checkbox"/> その他 <input type="checkbox"/> 不明
	※マイクロサテライト不安定性陰性とは、「陽性」以外を示し、 検査によって「マイクロサテライト安定」「MSS」(microsatellite stable)、「MSL-L」(low-frequency MSI)が含まれます。	
	ミスマッチ修復機能	<input type="checkbox"/> pMMR(正常) <input type="checkbox"/> dMMR(欠損) <input type="checkbox"/> 判定不能 <input type="checkbox"/> 不明 or 未検査
検査方法	<input type="checkbox"/> ペンタナ OptiView 2抗体 (MSH6、PMS2) <input type="checkbox"/> ペンタナ OptiView 4抗体 (MSH2、MSH6、MLH1、PMS2) <input type="checkbox"/> その他 <input type="checkbox"/> 不明	
腫瘍遺伝子変異量	<input type="checkbox"/> TMB-High (TMB スコアが 10mut/Mb 以上) <input type="checkbox"/> その他 <input type="checkbox"/> 不明 or 未検査	
検査方法	<input type="checkbox"/> F1 CDx <input type="checkbox"/> その他 <input type="checkbox"/> 不明	

※以下(6~12ページ)は、該当する症例をご記入ください。

項目	内容
(該当時必須) 肺がん 続き	MET遺伝子エクソン14 スキッピング変異 <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
	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
	KRAS G12C 遺伝子変異 <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
	検査方法 <input type="checkbox"/> therascreen <input type="checkbox"/> その他 <input type="checkbox"/> 不明
	RET 融合遺伝子 <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
検査方法 <input type="checkbox"/> オンコマイン Dx target Test マルチ CD <input type="checkbox"/> その他 <input type="checkbox"/> 不明	
	アスベスト曝露歴 <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 不明

※以下(6～12ページ)は、該当する症例をご記入ください。

項目		内容
(該当時必須) 乳がん	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
	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
	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
	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
	gBRCA1	<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
	検査方法	<input type="checkbox"/> BRCAAnalysis 診断システム <input type="checkbox"/> その他 <input type="checkbox"/> 不明
	gBRCA2	<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
	検査方法	<input type="checkbox"/> BRCAAnalysis 診断システム <input type="checkbox"/> その他 <input type="checkbox"/> 不明
	PD-L1 タンパク	<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
	検査方法	<input type="checkbox"/> PD-L1 IHC 22C3 pharmDx「ダコ」 <input type="checkbox"/> ベンタナ OptiView PD-L1 (SP142) <input type="checkbox"/> その他 <input type="checkbox"/> 不明
ERBB2 コピー数異常	<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	
検査方法	<input type="checkbox"/> F1 CDx <input type="checkbox"/> その他 <input type="checkbox"/> 不明	

※以下(6～12ページ)は、該当する症例をご記入ください。

項目	内容
(該当時必須) 食道がん 胃がん 小腸がん 大腸がん	KRAS <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
	KRAS-typ ※複数選択可 <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
	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
	NRAS <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
	NRAS-type ※複数選択可 <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
	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
	HER2 <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
	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
	HER2 遺伝子増幅 (ISH 法)-検査方法 <input type="checkbox"/> パスビジョン HER-2 DNA プローブキット <input type="checkbox"/> その他 <input type="checkbox"/> 不明 or 未検査
	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
	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
	BRAF(V600) <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 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

※以下(6～12ページ)は、該当する症例をご記入ください。

項目		内容
(該当時必須) 肝がん	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
	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
	HBV-DNA	コピー数: LogIU/mL
	HCV 抗体	<input type="checkbox"/> 低(定性の- :陰性) <input type="checkbox"/> 中(定性の+- :境界) <input type="checkbox"/> 高(定性の+ :陽性) <input type="checkbox"/> 不明 or 未検査
	HCV-RNA	コピー数: LogIU/mL
(該当時必須) 皮膚がん	BRAF 遺伝子変異	<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
	検査方法	<input type="checkbox"/> コバス BRAF V600 変異検出キット <input type="checkbox"/> THxID BRAF キット <input type="checkbox"/> MEBGEN BRAF キット <input type="checkbox"/> F1 CDx <input type="checkbox"/> その他 <input type="checkbox"/> 不明
	BRAF-type ※複数選択可	<input type="checkbox"/> V600E <input type="checkbox"/> V600K <input type="checkbox"/> 判定不能 <input type="checkbox"/> 不明 or 未検査
(該当時必須) 唾液腺がん	HER2 遺伝子増幅度	<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
	検査方法	<input type="checkbox"/> ベンダナ DISH HER2 キット <input type="checkbox"/> その他 <input type="checkbox"/> 不明
	HER2 タンパク	<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
	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

※以下(6～12ページ)は、該当する症例をご記入ください。

項目		内容
(該当時必須) 甲状腺がん	RET 融合遺伝子	<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
	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
	RET 遺伝子変異	<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
	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
(該当時必須) 胆道がん	FGFR2 融合遺伝子	<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
	検査方法	<input type="checkbox"/> F1 CDx <input type="checkbox"/> その他 <input type="checkbox"/> 不明
(該当時必須) 膵臓がん	gBRCA1	<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
	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
	gBRCA2	<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
	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

※以下(6～12ページ)は、該当する症例をご記入ください。

項目		内容
(該当時必須) 前立腺がん	gBRCA1	<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
	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
	gBRCA2	<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
	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
(該当時必須) 卵巣/卵管がん	gBRCA1	<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
	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
	gBRCA2	<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
	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
	相同組換え修復欠損	<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
	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

※多数ある場合は、このページをコピーしてご記入ください。

(治療ライン毎に記入)

項目	内容	
(必須) 薬物療法実施の有無	<input type="checkbox"/> なし=>これで終わりです。 <input type="checkbox"/> 有=>以下をご記入ください	
(必須) 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	
(必須) 企業治験・医師主導治験を選択した場合 承認薬併用治験の該当	<input type="checkbox"/> 該当しない <input type="checkbox"/> 該当する	
(必須) 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	
(必須) 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	
(必須) 実施施設	<input type="checkbox"/> 自施設 <input type="checkbox"/> 他施設	
(該当時必須) レジメン名 ※レジメンが複数ある場合は、レジメン毎に記入 ※ガイドライン等に記載されている略称名(英数字)を記入 ※一般に普及しているレジメン名がない場合は記入不要		
(必須) 薬剤名(一般名)		
(必須) レジメン内容変更情報 変更内容:	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 有(以下の記入をお願いします。) ()	
(必須) 投与開始日	西暦 年 月 日	
(必須) 投与終了日	西暦 年 月 日 または、 <input type="checkbox"/> 継続中	
(必須) 終了理由	<input type="checkbox"/> 計画通り終了 <input type="checkbox"/> 無効中止 <input type="checkbox"/> 副作用等で中止 <input type="checkbox"/> 本人希望により中止 <input type="checkbox"/> その他理由で中止 <input type="checkbox"/> 不明	
(必須) 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 継続中の場合は「NE」を選択	
(該当時必須) 増悪確認日 ※終了理由:無効中止 の場合のみ記入	西暦 年 月 日 ※PDを確認した日	
有害事象 ①	Grade3 以上有害事象の有無 (必須)	<input type="checkbox"/> Grade3 以上なし <input type="checkbox"/> Grade3 以上有(以下の記入をお願いします。) ※非血液毒性のGrade3以上の発現の有無を選択してください。
	発現日(該当時必須)	西暦 年 月 日

※次ページ続く

項目	内容	
有害事象 ① 続き	(該当時必須) CTCAEv5.0 名称	日本語:
	(該当時必須) CTCAEv5.0 最悪 Grade	<input type="checkbox"/> Grade3 <input type="checkbox"/> Grade4 <input type="checkbox"/> 不明*
	※以下、3項目は終了理由で「副作用等で中止」を選択した場合に記入	
	(必須) ※ 中止に至った有害事象の有無	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 有 (以下の記入をお願いします。)
	(該当時必須) ※ 中止に至った有害事象名	日本語:
	(該当時必須) ※ 最悪 Grade	<input type="checkbox"/> Grade1 <input type="checkbox"/> Grade2 <input type="checkbox"/> Grade3 <input type="checkbox"/> Grade4 <input type="checkbox"/> 不明**
有害事象 ②	Grade3 以上有害事象の有無 (必須)	<input type="checkbox"/> Grade3 以上なし <input type="checkbox"/> Grade3 以上あり ※非血液毒性のGrade3以上の発現の有無を選択してください。
	発現日 (該当時必須)	西暦 年 月 日
	(該当時必須) CTCAEv5.0 名称	日本語:
	(該当時必須) CTCAEv5.0 最悪 Grade	<input type="checkbox"/> Grade3 <input type="checkbox"/> Grade4 <input type="checkbox"/> 不明*
	※以下、3項目は終了理由で「副作用等で中止」を選択した場合に記入	
	(必須) ※ 中止に至った有害事象の有無	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 有 (以下の記入をお願いします。)
	(該当時必須) ※ 中止に至った有害事象名	日本語:
	(該当時必須) ※ 最悪 Grade	<input type="checkbox"/> Grade1 <input type="checkbox"/> Grade2 <input type="checkbox"/> Grade3 <input type="checkbox"/> Grade4 <input type="checkbox"/> 不明**

参考

Grade 1	軽症：症状がない、または軽度の症状がある。臨床所見または検査所見のみ。治療を要さない。
Grade 2	中等症：最小限・局所的・非侵襲的治療を要する。年齢相応の身の回り以外の日常生活動作の制限。
Grade 3	重症または医学的に重大であるが、ただちに生命を脅かすものではない：入院または入院期間の延長を要する。身の回りの日常生活動作の制限。
Grade 4	生命を脅かす：緊急処置を要する。
不明	*Grade 3 以上であることは明白であるが、それ以上は不明の場合 **薬物療法での中止に至った有害事象であることは明白であるが、それ以上は不明の場合。

※多数ある場合は、このページをコピーしてご記入ください。

(治療ライン毎に記入)

項目	内容	
(必須) 薬物療法実施の有無	<input type="checkbox"/> なし=>これで終わりです。 <input type="checkbox"/> 有=>以下をご記入ください	
(必須) 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	
(必須) 企業治験・医師主導治験を選択した場合 承認薬併用治験の該当	<input type="checkbox"/> 該当しない <input type="checkbox"/> 該当する	
(必須) 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	
(必須) 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	
(必須) 実施施設	<input type="checkbox"/> 自施設 <input type="checkbox"/> 他施設	
(該当時必須) レジメン名 ※レジメンが複数ある場合は、レジメン毎に記入 ※ガイドライン等に記載されている略称名(英数字)を記入 ※一般に普及しているレジメン名がない場合は記入不要		
(必須) 薬剤名(一般名)		
(必須) レジメン内容変更情報 変更内容:	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 有(以下の記入をお願いします。) ()	
(必須) 投与開始日	西暦 年 月 日	
(必須) 投与終了日	西暦 年 月 日 または、 <input type="checkbox"/> 継続中	
(必須) 終了理由	<input type="checkbox"/> 計画通り終了 <input type="checkbox"/> 無効中止 <input type="checkbox"/> 副作用等で中止 <input type="checkbox"/> 本人希望により中止 <input type="checkbox"/> その他理由で中止 <input type="checkbox"/> 不明	
(必須) 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 継続中の場合は「NE」を選択	
(該当時必須) 増悪確認日 ※終了理由:無効中止 の場合のみ記入	西暦 年 月 日 ※PDを確認した日	
有害事象 ①	Grade3 以上有害事象の有無 (必須)	<input type="checkbox"/> Grade3 以上なし <input type="checkbox"/> Grade3 以上有(以下の記入をお願いします。) ※非血液毒性のGrade3以上の発現の有無を選択してください。
	発現日(該当時必須)	西暦 年 月 日

※次ページ続く

項目	内容	
有害事象 ① 続き	(該当時必須) CTCAEv5.0 名称	日本語:
	(該当時必須) CTCAEv5.0 最悪 Grade	<input type="checkbox"/> Grade3 <input type="checkbox"/> Grade4 <input type="checkbox"/> 不明*
	※以下、3項目は終了理由で「副作用等で中止」を選択した場合に記入	
	(必須) ※ 中止に至った有害事象の有無	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 有 (以下の記入をお願いします。)
	(該当時必須) ※ 中止に至った有害事象名	日本語:
	(該当時必須) ※ 最悪 Grade	<input type="checkbox"/> Grade1 <input type="checkbox"/> Grade2 <input type="checkbox"/> Grade3 <input type="checkbox"/> Grade4 <input type="checkbox"/> 不明**
有害事象 ②	Grade3 以上有害事象の有無 (必須)	<input type="checkbox"/> Grade3 以上なし <input type="checkbox"/> Grade3 以上あり ※非血液毒性のGrade3以上の発現の有無を選択してください。
	発現日 (該当時必須)	西暦 年 月 日
	(該当時必須) CTCAEv5.0 名称	日本語:
	(該当時必須) CTCAEv5.0 最悪 Grade	<input type="checkbox"/> Grade3 <input type="checkbox"/> Grade4 <input type="checkbox"/> 不明*
	※以下、3項目は終了理由で「副作用等で中止」を選択した場合に記入	
	(必須) ※ 中止に至った有害事象の有無	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 有 (以下の記入をお願いします。)
	(該当時必須) ※ 中止に至った有害事象名	日本語:
	(該当時必須) ※ 最悪 Grade	<input type="checkbox"/> Grade1 <input type="checkbox"/> Grade2 <input type="checkbox"/> Grade3 <input type="checkbox"/> Grade4 <input type="checkbox"/> 不明**

参考

Grade 1	軽症：症状がない、または軽度の症状がある。臨床所見または検査所見のみ。治療を要さない。
Grade 2	中等症：最小限・局所的・非侵襲的治療を要する。年齢相応の身の回り以外の日常生活動作の制限。
Grade 3	重症または医学的に重大であるが、ただちに生命を脅かすものではない：入院または入院期間の延長を要する。身の回りの日常生活動作の制限。
Grade 4	生命を脅かす：緊急処置を要する。
不明	*Grade 3 以上であることは明白であるが、それ以上は不明の場合 **薬物療法での中止に至った有害事象であることは明白であるが、それ以上は不明の場合。

※多数ある場合は、このページをコピーしてご記入ください。

(治療ライン毎に記入)

項目	内容	
(必須) 薬物療法実施の有無	<input type="checkbox"/> なし=>これで終わりです。 <input type="checkbox"/> 有=>以下をご記入ください	
(必須) 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	
(必須) 企業治験・医師主導治験を選択した場合 承認薬併用治験の該当	<input type="checkbox"/> 該当しない <input type="checkbox"/> 該当する	
(必須) 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	
(必須) 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	
(必須) 実施施設	<input type="checkbox"/> 自施設 <input type="checkbox"/> 他施設	
(該当時必須) レジメン名 ※レジメンが複数ある場合は、レジメン毎に記入 ※ガイドライン等に記載されている略称名(英数字)を記入 ※一般に普及しているレジメン名がない場合は記入不要		
(必須) 薬剤名(一般名)		
(必須) レジメン内容変更情報 変更内容:	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 有(以下の記入をお願いします。) ()	
(必須) 投与開始日	西暦 年 月 日	
(必須) 投与終了日	西暦 年 月 日 または、 <input type="checkbox"/> 継続中	
(必須) 終了理由	<input type="checkbox"/> 計画通り終了 <input type="checkbox"/> 無効中止 <input type="checkbox"/> 副作用等で中止 <input type="checkbox"/> 本人希望により中止 <input type="checkbox"/> その他理由で中止 <input type="checkbox"/> 不明	
(必須) 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 継続中の場合は「NE」を選択	
(該当時必須) 増悪確認日 ※終了理由:無効中止 の場合のみ記入	西暦 年 月 日 ※PDを確認した日	
有害事象 ①	Grade3 以上有害事象の有無 (必須)	<input type="checkbox"/> Grade3 以上なし <input type="checkbox"/> Grade3 以上有(以下の記入をお願いします。) ※非血液毒性のGrade3以上の発現の有無を選択してください。
	発現日(該当時必須)	西暦 年 月 日

※次ページ続く

項目		内容
有害事象 ① 続き	(該当時必須) CTCAEv5.0 名称	日本語:
	(該当時必須) CTCAEv5.0 最悪 Grade	<input type="checkbox"/> Grade3 <input type="checkbox"/> Grade4 <input type="checkbox"/> 不明*
	※以下、3項目は終了理由で「副作用等で中止」を選択した場合に記入	
	(必須) ※ 中止に至った有害事象の有無	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 有(以下の記入をお願いします。)
	(該当時必須) ※ 中止に至った有害事象名	日本語:
	(該当時必須) ※ 最悪 Grade	<input type="checkbox"/> Grade1 <input type="checkbox"/> Grade2 <input type="checkbox"/> Grade3 <input type="checkbox"/> Grade4 <input type="checkbox"/> 不明**
有害事象 ②	Grade3 以上有害事象の有無 (必須)	<input type="checkbox"/> Grade3 以上なし <input type="checkbox"/> Grade3 以上あり ※非血液毒性のGrade3以上の発現の有無を選択してください。
	発現日 (該当時必須)	西暦 年 月 日
	(該当時必須) CTCAEv5.0 名称	日本語:
	(該当時必須) CTCAEv5.0 最悪 Grade	<input type="checkbox"/> Grade3 <input type="checkbox"/> Grade4 <input type="checkbox"/> 不明*
	※以下、3項目は終了理由で「副作用等で中止」を選択した場合に記入	
	(必須) ※ 中止に至った有害事象の有無	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 有(以下の記入をお願いします。)
	(該当時必須) ※ 中止に至った有害事象名	日本語:
	(該当時必須) ※ 最悪 Grade	<input type="checkbox"/> Grade1 <input type="checkbox"/> Grade2 <input type="checkbox"/> Grade3 <input type="checkbox"/> Grade4 <input type="checkbox"/> 不明**

参考

Grade 1	軽症：症状がない、または軽度の症状がある。臨床所見または検査所見のみ。治療を要さない。
Grade 2	中等症：最小限・局所的・非侵襲的治療を要する。年齢相応の身の回り以外の日常生活動作の制限。
Grade 3	重症または医学的に重大であるが、ただちに生命を脅かすものではない：入院または入院期間の延長を要する。身の回りの日常生活動作の制限。
Grade 4	生命を脅かす：緊急処置を要する。
不明	*Grade 3 以上であることは明白であるが、それ以上は不明の場合 **薬物療法での中止に至った有害事象であることは明白であるが、それ以上は不明の場合。

ご協力いただき、誠にありがとうございました。