

〈〈がん遺伝子パネル検査後 臨床情報調査票〉〉

*こちらの様式は医師以外の職員が参照することもありますので、略語等を避けるなど可能な限り平易な言葉でご記入ください。

[基本情報]

項目	内容
患者氏名 (かな)	
患者氏名 (漢字)	
性別	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女 <input type="checkbox"/> 不明
生年月日	(西暦) 年 月 日
C-CAT登録ID	EC
エキスパートパネル 実施日	(西暦) 年 月 日
エキスパートパネル の結果新たな治療薬 の選択肢が提示され た	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無
提示された治験薬を 投与した (他院で投与した場 合を含む)	<input type="checkbox"/> 投与した <input type="checkbox"/> 投与しなかった <input type="checkbox"/> 提示されていない <input type="checkbox"/> 不明
前治療継続の有無	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無
提示された治療薬 とは異なる薬剤の 投与有無	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 提示されていない
提示された治験薬を 投与しなかった理由	<input type="checkbox"/> エキスパートパネル提示の治験等に参加できなかった <input type="checkbox"/> 主治医の主に臨床的な判断 <input type="checkbox"/> 患者側の希望または事情 <input type="checkbox"/> 死亡 <input type="checkbox"/> その他 () <input type="checkbox"/> 提示されていない

[薬物療法治療歴]

* エキスパートパネル後の情報について記載をお願いします。

項目	内容
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 ()
承認薬併用治験への該当	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無
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 ※当該腫瘍に対する治療ラインをご記入ください。
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
実施施設名	
レジメン名	
薬剤情報	<p>[薬剤1]</p> 薬剤名： (初回)投与量： 単位： <input type="checkbox"/> mg/body <input type="checkbox"/> mg/m2 <input type="checkbox"/> mg/kg <input type="checkbox"/> IU/body 用法： <input type="checkbox"/> 経口 <input type="checkbox"/> 静注 <input type="checkbox"/> 点滴静注 <input type="checkbox"/> 皮下 <input type="checkbox"/> 筋注 <input type="checkbox"/> 動注 <input type="checkbox"/> その他 ()
	<p>[薬剤2]</p> 薬剤名： (初回)投与量： 単位： <input type="checkbox"/> mg/body <input type="checkbox"/> mg/m2 <input type="checkbox"/> mg/kg <input type="checkbox"/> IU/body 用法： <input type="checkbox"/> 経口 <input type="checkbox"/> 静注 <input type="checkbox"/> 点滴静注 <input type="checkbox"/> 皮下 <input type="checkbox"/> 筋注 <input type="checkbox"/> 動注 <input type="checkbox"/> その他 ()
	<p>[薬剤3]</p> 薬剤名： (初回)投与量： 単位： <input type="checkbox"/> mg/body <input type="checkbox"/> mg/m2 <input type="checkbox"/> mg/kg <input type="checkbox"/> IU/body 用法： <input type="checkbox"/> 経口 <input type="checkbox"/> 静注 <input type="checkbox"/> 点滴静注 <input type="checkbox"/> 皮下 <input type="checkbox"/> 筋注 <input type="checkbox"/> 動注 <input type="checkbox"/> その他 ()

	<p>[薬剤4] 薬剤名： (初回) 投与量： 単位：<input type="checkbox"/>mg/body <input type="checkbox"/>mg/m2 <input type="checkbox"/>mg/kg <input type="checkbox"/>IU/body 用法：<input type="checkbox"/>経口 <input type="checkbox"/>静注 <input type="checkbox"/>点滴静注 <input type="checkbox"/>皮下 <input type="checkbox"/>筋注 <input type="checkbox"/>動注 <input type="checkbox"/>その他 ()</p> <p>[薬剤5] 薬剤名： (初回) 投与量： 単位：<input type="checkbox"/>mg/body <input type="checkbox"/>mg/m2 <input type="checkbox"/>mg/kg <input type="checkbox"/>IU/body 用法：<input type="checkbox"/>経口 <input type="checkbox"/>静注 <input type="checkbox"/>点滴静注 <input type="checkbox"/>皮下 <input type="checkbox"/>筋注 <input type="checkbox"/>動注 <input type="checkbox"/>その他 ()</p> <p>[薬剤6] 薬剤名： (初回) 投与量： 単位：<input type="checkbox"/>mg/body <input type="checkbox"/>mg/m2 <input type="checkbox"/>mg/kg <input type="checkbox"/>IU/body 用法：<input type="checkbox"/>経口 <input type="checkbox"/>静注 <input type="checkbox"/>点滴静注 <input type="checkbox"/>皮下 <input type="checkbox"/>筋注 <input type="checkbox"/>動注 <input type="checkbox"/>その他 ()</p> <p>[薬剤7] 薬剤名： (初回) 投与量： 単位：<input type="checkbox"/>mg/body <input type="checkbox"/>mg/m2 <input type="checkbox"/>mg/kg <input type="checkbox"/>IU/body 用法：<input type="checkbox"/>経口 <input type="checkbox"/>静注 <input type="checkbox"/>点滴静注 <input type="checkbox"/>皮下 <input type="checkbox"/>筋注 <input type="checkbox"/>動注 <input type="checkbox"/>その他 ()</p>
レジメン内容 変更情報	<input type="checkbox"/> 有 変更内容： <input type="checkbox"/> 無
投与開始日	(西暦) 年 月 日
投与終了日	(西暦) 年 月 日 または <input type="checkbox"/> 継続中
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"/> 本人の希望により中止 <input type="checkbox"/> その他の理由で中止 <input type="checkbox"/> 不明 ※投与が終了している場合にのみ記載してください。

<p>最良総合効果</p>	<p><input type="checkbox"/>CR <input type="checkbox"/>PR <input type="checkbox"/>SD <input type="checkbox"/>PD <input type="checkbox"/>NE</p> <p>【定義】以下の基準で薬物療法終了後の最良総合効果を入力する。</p> <p>CR：完全奏功 PR：部分奏功 SD：安定 PD：進行 NE：評価不能または上記のいずれも該当しない場合</p>
<p>増悪確認日</p>	<p>(西暦) 年 月 日</p> <p>※無効中止で終了となった場合にのみ記載してください。</p>
<p>Grade3 以上 有害事象の有無 (非血液毒性)</p>	<p><input type="checkbox"/>有 <input type="checkbox"/>無 <input type="checkbox"/>不明</p>
<p>有害事象</p>	<p>[有害事象1] CTCAEv5.0 名称 日本語： 最悪Grade： <input type="checkbox"/>Grade 1 <input type="checkbox"/>Grade 2 <input type="checkbox"/>Grade 3 <input type="checkbox"/>Grade 4 <input type="checkbox"/>Grade 5 <input type="checkbox"/>不明 発現日：(西暦) 年 月 日 中止に至った原因：<input type="checkbox"/>有 <input type="checkbox"/>無 <input type="checkbox"/>不明</p> <p>[有害事象2] CTCAEv5.0 名称 日本語： 最悪Grade： <input type="checkbox"/>Grade 1 <input type="checkbox"/>Grade 2 <input type="checkbox"/>Grade 3 <input type="checkbox"/>Grade 4 <input type="checkbox"/>Grade 5 <input type="checkbox"/>不明 発現日：(西暦) 年 月 日 中止に至った原因：<input type="checkbox"/>有 <input type="checkbox"/>無 <input type="checkbox"/>不明</p> <p>[有害事象3] CTCAEv5.0 名称 日本語： 最悪Grade： <input type="checkbox"/>Grade 1 <input type="checkbox"/>Grade 2 <input type="checkbox"/>Grade 3 <input type="checkbox"/>Grade 4 <input type="checkbox"/>Grade 5 <input type="checkbox"/>不明 発現日：(西暦) 年 月 日 中止に至った原因：<input type="checkbox"/>有 <input type="checkbox"/>無 <input type="checkbox"/>不明</p>

[転帰情報]

転帰	<input type="checkbox"/> 生存 <input type="checkbox"/> 死亡 <input type="checkbox"/> 不明もしくは追跡不可
最終生存確認日	(西暦) 年 月 日
死亡日	(西暦) 年 月 日 ※転帰が死亡の場合にのみ記載してください。
死因	<input type="checkbox"/> 原病死 <input type="checkbox"/> 他部位のがん死 内容： <input type="checkbox"/> 他病死 内容： <input type="checkbox"/> 不明 ※転帰が死亡の場合にのみ記載してください。

ご協力ありがとうございました。