

＜＜がん遺伝子パネル検査後 臨床情報調査票＞＞

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
1. エキスパートパネルにて治療薬の選択肢が提示された	<input type="checkbox"/> はい →3.へ進む <input type="checkbox"/> いいえ →2.へ進む
2. 次治療を行った	<input type="checkbox"/> はい →5.へ進む <input type="checkbox"/> いいえ →12.へ進む <input type="checkbox"/> 不明 →12.へ進む
3. 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 →5.へ進む <input type="checkbox"/> 投与しなかった →4.へ進む <input type="checkbox"/> 不明 →12.へ進む
4. 提示された治験薬を投与しなかった理由	<input type="checkbox"/> 提示された治療薬以外の化学療法を行った →5.へ進む <input type="checkbox"/> 患者が治験等を希望したが、適格・除外基準や登録期間外のため参加できなかった →12.へ進む <input type="checkbox"/> 患者の経済的事情により化学療法ができなかった →12.へ進む <input type="checkbox"/> 患者の全身状態不良により化学療法ができなかった →12.へ進む <input type="checkbox"/> 患者が化学療法を希望しなかった →12.へ進む <input type="checkbox"/> 死亡 →12.へ進む
5. 治療方針	<input type="checkbox"/> 企業治験 →6.へ進む <input type="checkbox"/> 医師主導治験 →6.へ進む <input type="checkbox"/> 先進医療 →9.へ進む <input type="checkbox"/> 患者申出療養 →9.へ進む <input type="checkbox"/> 保険診療 →9.へ進む <input type="checkbox"/> その他 () →9.へ進む

	<p>有害事象名2：</p> <p>発現日：(西暦) 年 月 日</p> <p>グレード： <input type="checkbox"/>Grade 3 <input type="checkbox"/> Grade 4 <input type="checkbox"/> Grade 5 <input type="checkbox"/>不明</p> <p>有害事象名3：</p> <p>発現日：(西暦) 年 月 日</p> <p>グレード： <input type="checkbox"/>Grade 3 <input type="checkbox"/> Grade 4 <input type="checkbox"/> Grade 5 <input type="checkbox"/>不明</p> <p>有害事象名4：</p> <p>発現日：(西暦) 年 月 日</p> <p>グレード： <input type="checkbox"/>Grade 3 <input type="checkbox"/> Grade 4 <input type="checkbox"/> Grade 5 <input type="checkbox"/>不明</p> <p>有害事象名5：</p> <p>発現日：(西暦) 年 月 日</p> <p>グレード： <input type="checkbox"/>Grade 3 <input type="checkbox"/> Grade 4 <input type="checkbox"/> Grade 5 <input type="checkbox"/>不明</p> <p>→12.へ進む</p>
<p>12. 転帰</p>	<p>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</p> <p>最終生存確認日：(西暦) 年 月 日</p> <p>死亡日：(西暦) 年 月 日</p> <p>死因：<input type="checkbox"/>原病死 <input type="checkbox"/> 他部位のがん死 <input type="checkbox"/>他病死 <input type="checkbox"/>不明</p>

ご協力ありがとうございました。