

<<がん遺伝子パネル検査前 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
これまでに C-CATへの登録	<input type="checkbox"/> 有 (過去の登録ID:) 症例関係区分: <input type="checkbox"/> 重複がん <input type="checkbox"/> 前医からの転院フォロー <input type="checkbox"/> 前医実施後再検査 <input type="checkbox"/> その他 () <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 不明
病理診断名	
診断日	(西暦) 年 月 日
喫煙歴	<input type="checkbox"/> 有 喫煙年数: 年 1日の本数: 本 / 日 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 不明
アルコール多飲歴	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 不明 【定義】常習的に1日に平均純アルコールで約60gを越え多量に飲酒する場合を、多飲(酒)であるとする。
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 【定義】以下の基準で入力する。(「ECOG の Performance Status PS」の日本語訳)より 0: 全く問題なく活動できる。発病前と同じ日常生活が制限なく行える。 1: 肉体的に激しい活動は制限されるが、歩行可能で、軽作業や座っての作業は行うことができる。 2: 歩行可能で自分の身の回りのことはすべて可能だが作業はできない。 日中の50%以上はベッド外で過ごす。 3: 限られた自分の身の回りのことしかできない。 日中の50%以上をベッドか椅子で過ごす。 4: 全く動けない。自分の身の回りのことは全くできない。 完全にベッドか椅子で過ごす。

重複がん (異なる臓器)	<input type="checkbox"/> 有 (診断名または病理診断名：) 活動性： <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 不明 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 不明 【定義】異なる臓器にそれぞれ原発性のがんが存在する状態、又は同一の臓器内に異なる組織型のがんが存在する状態のうち少なくともどちらか一方が該当する場合を重複がんであるとする。
多発がん (同一臓器)	<input type="checkbox"/> 有 活動性： <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 不明 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 不明 【定義】同一部位に、同一がん種が多発したことを確認できた場合、多発がんであるとする。腫瘍の数に関係なく、1つのがん種となる点に留意する。
登録時転移	<input type="checkbox"/> 有 (部位： <input type="checkbox"/> 脊髄 <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"/> 乳腺 <input type="checkbox"/> 食道 <input type="checkbox"/> 胃 <input type="checkbox"/> 十二指腸乳頭部 <input type="checkbox"/> 十二指腸 <input type="checkbox"/> 小腸 <input type="checkbox"/> 虫垂 <input type="checkbox"/> 大腸 <input type="checkbox"/> 肛門 <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"/> 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 <input type="checkbox"/> リンパ節/リンパ管 <input type="checkbox"/> 末梢神経 <input type="checkbox"/> 血液 <input type="checkbox"/> 原発不明 <input type="checkbox"/> その他 ()) <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 不明
肺がん症例	EGFR： <input type="checkbox"/> 陰性 <input type="checkbox"/> 陽性 <input type="checkbox"/> 判定不能 <input type="checkbox"/> 不明または未検査 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 EGFR-検査方法： <input type="checkbox"/> CobasV2 <input type="checkbox"/> Therascreen <input type="checkbox"/> その他 () <input type="checkbox"/> 不明 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"/> 不明または未検査 ALK融合： <input type="checkbox"/> 陰性 <input type="checkbox"/> 陽性 <input type="checkbox"/> 判定不能 <input type="checkbox"/> 不明または未検査 ALK-検査方法： <input type="checkbox"/> IHCのみ <input type="checkbox"/> FISHのみ <input type="checkbox"/> IHC+FISH <input type="checkbox"/> RT-PCRのみ <input type="checkbox"/> RT-PCR+FISH <input type="checkbox"/> その他 () <input type="checkbox"/> 不明 ROS1： <input type="checkbox"/> 陰性 <input type="checkbox"/> 陽性 <input type="checkbox"/> 判定不能 <input type="checkbox"/> 不明または未検査 BRAF (V600)： <input type="checkbox"/> 陰性 <input type="checkbox"/> 陽性 <input type="checkbox"/> 判定不能 <input type="checkbox"/> 不明または未検査 PD-L1 (IHC)： <input type="checkbox"/> 陰性 <input type="checkbox"/> 陽性 <input type="checkbox"/> 判定不能 <input type="checkbox"/> 不明または未検査 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"/> その他 () <input type="checkbox"/> 不明

	PD-L1 (IHC) 陽性率： % ※検査結果に範囲がある場合は「60-80 (%)」のようにご記載ください。
	アスベスト暴露歴： <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 不明 【定義】アスベスト暴露歴については、主にアスベストが使われている施設での労働（職業性石綿ばく露）や家庭内ばく露、環境ばく露を指す。
乳がん症例	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"/> 不明または未検査
	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"/> 不明または未検査
	ER： <input type="checkbox"/> 陰性 <input type="checkbox"/> 陽性 <input type="checkbox"/> 判定不能 <input type="checkbox"/> 不明または未検査
	PgR： <input type="checkbox"/> 陰性 <input type="checkbox"/> 陽性 <input type="checkbox"/> 判定不能 <input type="checkbox"/> 不明または未検査
	gBRCA1： <input type="checkbox"/> 陰性 <input type="checkbox"/> 陽性 <input type="checkbox"/> 判定不能 <input type="checkbox"/> 不明または未検査
	gBRCA2： <input type="checkbox"/> 陰性 <input type="checkbox"/> 陽性 <input type="checkbox"/> 判定不能 <input type="checkbox"/> 不明または未検査
食道、胃、小腸、大腸がん症例	KRAS： <input type="checkbox"/> 陰性 <input type="checkbox"/> 陽性 <input type="checkbox"/> 判定不能 <input type="checkbox"/> 不明または未検査
	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
	KRAS検査方法： <input type="checkbox"/> PCR-rSSO法 <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"/> 不明または未検査
	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
	NRAS検査方法： <input type="checkbox"/> PCR-rSSO法 <input type="checkbox"/> その他 () <input type="checkbox"/> 不明
	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"/> 不明または未検査
	EGFR (IHC)： <input type="checkbox"/> 陰性 <input type="checkbox"/> 陽性 <input type="checkbox"/> 判定不能 <input type="checkbox"/> 不明または未検査 BRAF (V600)： <input type="checkbox"/> 陰性 <input type="checkbox"/> 陽性 <input type="checkbox"/> 判定不能 <input type="checkbox"/> 不明または未検査
肝がん症例	HBsAg： <input type="checkbox"/> 陰性 <input type="checkbox"/> 陽性 <input type="checkbox"/> 判定不能 <input type="checkbox"/> 不明または未検査
	HBs抗体： <input type="checkbox"/> 陰性 <input type="checkbox"/> 陽性 <input type="checkbox"/> 判定不能 <input type="checkbox"/> 不明または未検査
	HBV-DNA： ※直近のHBV-DNAについて検査結果（単位：LogIU/mL）を入力ください。
	HCV抗体： <input type="checkbox"/> 低 <input type="checkbox"/> 中 <input type="checkbox"/> 高 <input type="checkbox"/> 不明または未検査 【定義】定性検査のみを実施した場合は、以下の基準で入力する。 低：陰性（定性の-）、中：境界（定性の+-）、高：陽性（定性の+）
	HCV-RNA： ※直近のHCV-RNAについて検査結果（単位：LogIU/mL）を入力ください。
皮膚がん症例	BRAF (V600)： <input type="checkbox"/> 陰性 <input type="checkbox"/> 陽性 <input type="checkbox"/> 判定不能 <input type="checkbox"/> 不明または未検査

[家族歴]

項目	内容
家族歴	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 不明
家族歴詳細①	続柄：
	がん種：
	罹患時年齢：
家族歴詳細②	続柄：
	がん種：
	罹患時年齢：
家族歴詳細③	続柄：
	がん種：
	罹患時年齢：
家族歴詳細④	続柄：
	がん種：
	罹患時年齢：
家族歴詳細⑤	続柄：
	がん種：
	罹患時年齢：
家族歴詳細⑥	続柄：
	がん種：
	罹患時年齢：
家族歴詳細⑦	続柄：
	がん種：
	罹患時年齢：
家族歴詳細⑧	続柄：
	がん種：
	罹患時年齢：
家族歴詳細⑨	続柄：
	がん種：
	罹患時年齢：
家族歴詳細⑩	続柄：
	がん種：
	罹患時年齢：

[薬物療法治療歴]

*すべての薬物療法治療歴をレジメンごとにご記入ください。

*レジメン数が多い場合は、次ページをコピーしてお使いください。

実施の有無： 有 (総レジメン数:) 無

レジメン： 1

項目	内容
薬物療法	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：
	薬剤名(一般名または商品名)： ※可能な範囲で詳細情報をご記入ください。 (例：パクリタキセル注100mg/16.7mL「NK」)
	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
	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 【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。 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

有害事象	Grade3 以上有害事象の有無（非血液毒性）： <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 不明
有害事象①	CTCAEv5.0 名称 日本語：
	最悪Grade： <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 不明
	有発現日：(西暦) 年 月 日
有害事象②	CTCAEv5.0 名称 日本語：
	最悪Grade： <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 不明
	発現日：(西暦) 年 月 日
有害事象③	CTCAEv5.0 名称 日本語：
	最悪Grade： <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 不明
	発現日：(西暦) 年 月 日

レジメン： _____

項目	内容
薬物療法	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：
	薬剤名(一般名または商品名)： ※可能な範囲で詳細情報をご記入ください。 (例：パクリタキセル注100mg/16.7mL「NK」)
	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
	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 【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。 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

有害事象	Grade3 以上有害事象の有無（ 非血液毒性 ）： <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 不明
有害事象①	CTCAEv5.0 名称 日本語：
	最悪Grade： <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 不明
	有発現日：(西暦) 年 月 日
有害事象②	CTCAEv5.0 名称 日本語：
	最悪Grade： <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 不明
	発現日：(西暦) 年 月 日
有害事象③	CTCAEv5.0 名称 日本語：
	最悪Grade： <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 不明
	発現日：(西暦) 年 月 日

[その他]

- * 本件に関するご担当者様情報およびお問い合わせ先を以下にご記入ください。
- * ご教示いただいた連絡先には貴院よりご提出いただいた書類についての問い合わせや解析不良等による今後の方針等をこちらからご相談させていただくことがございます。
- * ご記入いただいた下記の個人情報は本件以外に使用することはありません。

項目	内容
氏名 (かな)	
氏名 (漢字)	
診療科名 または部署名	
職種	<input type="checkbox"/> 医師 <input type="checkbox"/> 看護師 <input type="checkbox"/> その他 ()
連絡先 (TEL)	()
連絡先 (Mail)	@
ご都合の良い日時	
希望する検査種類	<input type="checkbox"/> FoundationOne CDx <input type="checkbox"/> FoundationOne Liquid CDx <input type="checkbox"/> OncoGuide NCC オンコパネルシステム ※上記はすべて「保険診療」となっております。
その他 (コメント等あり ましたらご自由に ご記載ください)	

