

＜＜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。

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
1. エクスパートパネル 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

<p>5. 治療方針</p>	<p><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>
<p>6. 承認薬併用治験への該当</p>	<p><input type="checkbox"/>該当あり →7.へ進む <input type="checkbox"/>該当なし →8.へ進む</p>
<p>7. 該当あり：治療内容</p>	<p>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 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」) 投与開始日：(西暦) 年 月 日 →12.へ進む</p>
<p>8. 該当なし：治療内容</p>	<p>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 実施施設名： 投与開始日：(西暦) 年 月 日 →12.へ進む</p>
<p>9. レジメン入力</p>	<p>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 実施施設名： レジメン名： 身長： c m 体重： k g 薬剤1：(薬剤名：) (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) (経路：<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>10. Grade 3以上の有害事象（非血液毒性）</p>	<p><input type="checkbox"/>なし →12.へ進む <input type="checkbox"/>あり →11.へ進む <input type="checkbox"/>不明 →12.へ進む</p>
<p>11. Grade 3以上の有害事象（非血液毒性）の内容</p>	<p>有害事象名1： 発現日：(西暦) 年 月 日 グレード：<input type="checkbox"/>Grade 3 <input type="checkbox"/> Grade 4 <input type="checkbox"/> Grade 5 <input type="checkbox"/>不明 有害事象名2： 発現日：(西暦) 年 月 日 グレード：<input type="checkbox"/>Grade 3 <input type="checkbox"/> Grade 4 <input type="checkbox"/> Grade 5 <input type="checkbox"/>不明 有害事象名3： 発現日：(西暦) 年 月 日 グレード：<input type="checkbox"/>Grade 3 <input type="checkbox"/> Grade 4 <input type="checkbox"/> Grade 5 <input type="checkbox"/>不明 有害事象名4： 発現日：(西暦) 年 月 日 グレード：<input type="checkbox"/>Grade 3 <input type="checkbox"/> Grade 4 <input type="checkbox"/> Grade 5 <input type="checkbox"/>不明 有害事象名5： 発現日：(西暦) 年 月 日 グレード：<input type="checkbox"/>Grade 3 <input type="checkbox"/> Grade 4 <input type="checkbox"/> Grade 5 <input type="checkbox"/>不明 →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 最終生存確認日：(西暦) 年 月 日 死亡日：(西暦) 年 月 日 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。