

この用紙は担当医師が記載し、受診時に持参してください。(この用紙は3ページあります。)

C-CAT 登録 記入用紙

がんゲノムプロファイリング検査は患者情報をごんゲノム情報管理センター (C-CAT) へ登録する必要があります。

症例基本情報

貴施設名	
患者氏名	
これまでの C-CAT 登録の有無	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 不明
過去に登録がある場合、登録 ID	
重複がん	<input type="checkbox"/> あり (部位: _____、活動性 <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 不明)
多発がん	<input type="checkbox"/> あり (活動性 <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 不明) <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 不明
登録時転移	<input type="checkbox"/> あり (部位: _____) <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 不明

薬物療法の情報

投与されたレジメ毎に記載をお願いします。フリー記載の紹介状でも可能です。

CGP 検査前に行った治療を記載してください。

項目	内容
薬物療法	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"/> その他
	実施施設: <input type="checkbox"/> 自施設 <input type="checkbox"/> 他施設
	レジメン名:
	薬剤名:
	投与時の薬剤承認状況: <input type="checkbox"/> 適応内 <input type="checkbox"/> 適応外 <input type="checkbox"/> 未承認 (治験)
	投与開始日: 西暦 _____ / _____ / _____
	投与終了日: 西暦 _____ / _____ / _____ または <input type="checkbox"/> 継続中
	終了理由: <input type="checkbox"/> 経過通り終了 <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
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	

有害事象	Grade3 以上有害事象の有無： <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無
	有害事象 CTCAEv5.0 名称 日本語：
	有害事象 CTCAEv5.0 最悪 Grade: <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5
	有害事象 発現日：西暦 / /
薬物療法	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"/> その他
	実施施設： <input type="checkbox"/> 自施設 <input type="checkbox"/> 他施設
	レジメン名：
	薬剤名：
	投与時の薬剤承認状況： <input type="checkbox"/> 適応内 <input type="checkbox"/> 適応外 <input type="checkbox"/> 未承認（治験）
	投与開始日：西暦 / /
	投与終了日：西暦 / / または <input type="checkbox"/> 継続中
	終了理由： <input type="checkbox"/> 経過通り終了 <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
	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
有害事象	Grade3 以上有害事象の有無： <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無
	有害事象 CTCAEv5.0 名称 日本語：
	有害事象 CTCAEv5.0 最悪 Grade: <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5
	有害事象 発現日：西暦 / /
薬物療法	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"/> その他
	実施施設： <input type="checkbox"/> 自施設 <input type="checkbox"/> 他施設
	レジメン名：
	薬剤名：
	投与時の薬剤承認状況： <input type="checkbox"/> 適応内 <input type="checkbox"/> 適応外 <input type="checkbox"/> 未承認（治験）
	投与開始日：西暦 / /
	投与終了日：西暦 / / または <input type="checkbox"/> 継続中
	終了理由： <input type="checkbox"/> 経過通り終了 <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
	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
有害事象	Grade3 以上有害事象の有無： <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無
	有害事象 CTCAEv5.0 名称 日本語：
	有害事象 CTCAEv5.0 最悪 Grade: <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5

	有害事象 発現日：西暦 / /
薬物療法	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"/> その他
	実施施設： <input type="checkbox"/> 自施設 <input type="checkbox"/> 他施設
	レジメン名：
	薬剤名：
	投与時の薬剤承認状況： <input type="checkbox"/> 適応内 <input type="checkbox"/> 適応外 <input type="checkbox"/> 未承認（治験）
	投与開始日：西暦 / /
	投与終了日：西暦 / / または <input type="checkbox"/> 継続中
	終了理由： <input type="checkbox"/> 経過通り終了 <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
	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
有害事象	Grade3 以上有害事象の有無： <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無
	有害事象 CTCAEv5.0 名称 日本語：
	有害事象 CTCAEv5.0 最悪 Grade: <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5
	有害事象 発現日：西暦 / /
薬物療法	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"/> その他
	実施施設： <input type="checkbox"/> 自施設 <input type="checkbox"/> 他施設
	レジメン名：
	薬剤名：
	投与時の薬剤承認状況： <input type="checkbox"/> 適応内 <input type="checkbox"/> 適応外 <input type="checkbox"/> 未承認（治験）
	投与開始日：西暦 / /
	投与終了日：西暦 / / または <input type="checkbox"/> 継続中
	終了理由： <input type="checkbox"/> 経過通り終了 <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
	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
有害事象	Grade3 以上有害事象の有無： <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無
	有害事象 CTCAEv5.0 名称 日本語：
	有害事象 CTCAEv5.0 最悪 Grade: <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5
	有害事象 発現日：西暦 / /