**症例基本情報**

がん遺伝子パネル検査を実施し結果を返却するためには、国が設置したがんゲノム情報管理センター(C-CAT)へ情報を登録することが、保険診療上義務付けられています。下記フォームに記載をお願い致します。**治療ラインが複数あるなどの理由で欄が不足する場合は、該当項目欄すべてをコピーしてご記載ください。**

**◯ 血液検体のみを用いたがん遺伝子パネル検査（Liquid検査）をご希望の場合は、下記に☑をご記載願います。該当しない場合は次頁以降からご記載ください。**

**※Liquid検査の理由は、診療録及び診療報酬明細書の適用欄への記載が義務付けられております。**

|  |  |
| --- | --- |
| 血液のみを用いたがん遺伝子パネル検査（Liquid検査）を希望する場合の理由 | |
| □ | 医学的な理由により、固形腫瘍の腫瘍細胞を検体としてがんゲノムプロファイリング検査をおこなうことが困難であるため。 例）検体採取から３年以上経過しており組織検体の品質に問題がある  例）再生検が困難である 等 |
| □ | 固形腫瘍の腫瘍細胞を検体として実施したがんゲノムプロファイリング検査において、包括的なゲノムプロファイルの結果を得られなかったため 例）他のがんゲノム医療機関でがんゲノムプロファイル検査を実施したが、検体の品質不良のため、検査中止となった場合 　等 |

|  |  |
| --- | --- |
| 項目 | 内容 |
| 患者氏名（カナ） | （カナ： 　　　　　　　　） |
| 生年月日 | 西暦 　　　年　 月　 日（入力時：　　　 歳） |
| 性別 | ☐男 ☐女 |
| 栃木県立がんセンターID | ☐有（ID： 　　　　　）☐無 または 不明 |
| （必須） 輸血・臓器移植歴 | ☐有 輸血日あるいは移植日： 移植された臓器： ☐無 |
| （必須） がん種区分 （原発部位） | ☐中枢神経系/脳 ☐末梢神経系 ☐頭頸部 ☐眼 ☐甲状腺 ☐肺 ☐胸膜 ☐胸腺 ☐乳房 ☐食道/胃 ☐腸 ☐ファーター膨大(乳頭)部 ☐腹膜 ☐肝 ☐胆道 ☐膵 ☐副腎 ☐腎 ☐膀胱/尿路 ☐卵巣/卵管 ☐子宮 ☐子宮頚部 ☐外陰部/膣 ☐前立腺 ☐精巣 ☐陰茎 ☐皮膚 ☐軟部組織 ☐骨 ☐リンパ球系 ☐骨髄 ☐その他(＊)（採取部位： ） ＊原発不明がんの場合は、「その他」を選択してください。 適当ながん種区分が見つからない場合、下記のwebサイトをご参考にしてください。 登録先であるがんゲノム情報管理センター（C-CAT）へつながります。 https://www.ncc.go.jp/jp/c\_cat/jitsumushya/020/index.html |
| 過去の保険診療がん遺伝子パネル検査登録 | ☐有 ☐無 有の場合：C-CAT ID（　　　　　　　　　　　 ） |

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 項目 | | | | 内容 | | | |
| （必須）病理診断名 | | | |  | | | |
| （必須）診断日 | | | | 西暦 　　年 　月 　日 | | | |
| （必須）臨床診断名 | | | |  | | | |
| （必須）診断日 | | | | 西暦 　　年 　月　 日 | | | |
| （必須）初回治療前のステージ分類 | | | | ☐0期 ☐Ⅰ期 ☐Ⅱ期 ☐Ⅲ期 ☐Ⅳ期 ☐該当せず ☐不明 | | | |
| （必須）喫煙歴 | | | | ☐無　 ☐有 　☐不明 喫煙年数： 　年　　　／1日の本数： 　本 | | | |
| （必須）アルコール多飲歴 | | | | ☐無 ☐有 ☐不明 | | | |
| （必須）ECOG PS | | | | ☐0 　☐1 　☐2 　☐3 　☐4　 ☐不明 | | | |
| （必須）予後予測 約６ヶ月以上の見込みがある？ | | | | ☐見込まれる（約 　ヶ月ほどと予想される） ☐見込まれない | | | |
| （必須）重複がん | | | | ☐無 ☐有 (部位:　　　　　　 ) 活動性の記入をお願いします。 発症年齢：　 歳 ☐不明 | | | |
| 重複がん 活動性 | | | | ☐活動性　 ☐非活動性 　☐不明 | | | |
| （必須）多発がん | | | | ☐無 ☐有 (部位: 　　　　　　) 活動性の記入をお願いします。 発症年齢：　 歳 ☐不明 | | | |
| 多発がん 活動性 | | | | ☐活動性 　☐非活動性　 ☐不明 | | | |
| （必須）登録時転移の有無 | | | | ☐無 ☐有 (部位:　　　　　　 ) ☐不明 | | | |
| （必須）既知の遺伝性疾患の有無 | | | | ☐無　 ☐有 　☐不明 | | | |
| （必須）既知の遺伝性疾患名 | | | |  | | | |
| （必須） 家族歴 ＊多数ある場合は、このページをコピーしてご記入ください。 | 有無 | | ☐ 無　　 ☐有 　　☐不明 | | | |
| 続柄 | | ☐父 ☐母 ☐親(詳細不明) ☐同胞  ☐同胞(男) ☐同胞(女) ☐子  ☐祖父母(父方) ☐祖父母(母方) ☐祖父母(詳細不明) ☐大叔母 ☐大叔父 ☐おじ(父方) ☐おじ(母方) ☐おば(父方) ☐おば(母方) ☐おじおば(詳細不明) ☐甥姪 ☐孫 ☐いとこ(父方) ☐いとこ(母方) ☐いとこ(詳細不明)　 ☐不明の血縁者 | | | |
| がん種 | | ☐中枢神経系 ☐脳 ☐眼 ☐口腔 ☐咽頭 ☐喉頭 ☐鼻・副鼻腔 ☐唾液腺 ☐甲状腺 ☐肺 ☐胸膜 ☐胸腺 ☐乳 ☐食道 ☐胃 ☐十二指腸乳頭)部 ☐小腸 ☐虫垂 ☐大腸 ☐肝 ☐胆道 ☐膵 ☐腎 ☐腎盂 ☐副腎 ☐膀胱 ☐尿路 ☐前立腺 ☐精巣 ☐陰茎 ☐子宮体部 ☐子宮頚部 ☐子宮(その他、詳細不明) ☐卵巣/卵管 ☐膣 ☐皮膚 ☐皮下 ☐骨 ☐筋肉 ☐軟部組織 ☐腹膜 ☐髄膜 ☐骨髄系 ☐リンパ系 ☐造血器(その他) ☐造血器(詳細不明) ☐リンパ系 ☐末梢神経系 ☐原発不明 ☐その他 | | | |
| 罹患年齢 | | ☐10歳未満 ☐10歳以上〜20歳未満 ☐20歳以上〜30歳未満 ☐30歳以上〜40歳未満 ☐40歳以上〜50歳未満 ☐50歳以上〜60歳未満 ☐60歳以上〜70歳未満 ☐70歳以上〜80歳未満 ☐80歳以上〜90歳未満 ☐90歳以上 ☐不明 | | | |
| （必須） 家族歴 ＊多数ある場合は、このページをコピーしてご記入ください。 | | 有無 | | ☐ 無　　 ☐有 　　☐不明 | | | |
| 続柄 | | ☐父 ☐母 ☐親(詳細不明) ☐同胞  ☐同胞(男) ☐同胞(女) ☐子  ☐祖父母(父方) ☐祖父母(母方) ☐祖父母(詳細不明) ☐大叔母 ☐大叔父 ☐おじ(父方) ☐おじ(母方) ☐おば(父方) ☐おば(母方) ☐おじおば(詳細不明) ☐甥姪 ☐孫 ☐いとこ(父方) ☐いとこ(母方) ☐いとこ(詳細不明) 　☐不明の血縁者 | | | |
| がん種 | | ☐中枢神経系 ☐脳 ☐眼 ☐口腔 ☐咽頭 ☐喉頭 ☐鼻・副鼻腔 ☐唾液腺 ☐甲状腺 ☐肺 ☐胸膜 ☐胸腺 ☐乳 ☐食道 ☐胃 ☐十二指腸乳頭)部 ☐小腸 ☐虫垂 ☐大腸 ☐肝 ☐胆道 ☐膵 ☐腎 ☐腎盂 ☐副腎 ☐膀胱 ☐尿路 ☐前立腺 ☐精巣 ☐陰茎 ☐子宮体部 ☐子宮頚部 ☐子宮(その他、詳細不明) ☐卵巣/卵管 ☐膣 ☐皮膚 ☐皮下 ☐骨 ☐筋肉 ☐軟部組織 ☐腹膜 ☐髄膜 ☐骨髄系 ☐リンパ系 ☐造血器(その他) ☐造血器(詳細不明) ☐リンパ系 ☐末梢神経系 ☐原発不明 ☐その他 | | | |
| 罹患年齢 | | ☐10歳未満 ☐10歳以上〜20歳未満 ☐20歳以上〜30歳未満 ☐30歳以上〜40歳未満 ☐40歳以上〜50歳未満 ☐50歳以上〜60歳未満 ☐60歳以上〜70歳未満 ☐70歳以上〜80歳未満 ☐80歳以上〜90歳未満 ☐90歳以上 ☐不明 | | | |
| （必須） **固形がん**  ※固形がん該当者は共通記入事項 | | NTRK1/2/3 融合遺伝子 | | | ☐陰性　 ☐陽性　 ☐判定不能 ☐不明 or 未検査 |
| NTRK1/2/3 融合遺伝子 -検査方法 | | | ☐F1 CDx ☐F1Liquid CDx  ☐その他 ☐不明 |
| マイクロサテライト不安定性（MSI） | | | ☐陰性 ☐陽性 ☐判定不能 ☐不明 or 未検査 |
| マイクロサテライト不安定性 -検査方法（MSI） | | | ☐MSI検査キット(FALCO) ☐F1 CDx ☐G360 CDx ☐Idylla MSI Test「ニチレイバイオ」 ☐その他 ☐不明 |
| ミスマッチ修復機能 | | | ☐pMMR(正常)  ☐dMMR(欠損)  ☐判定不能 ☐不明 or 未検査 |
| ミスマッチ修復機能-検査方法 | | | ☐ベンタナOptiView PMS2(A16-4) ☐ベンタナOptiView MSH2(G219-1129) ☐ベンタナOptiView MSH6(SP93) ☐ベンタナOptiView MLH1(M1) ☐その他  ☐不明 |
| 腫瘍遺伝子変異量 | | | ☐TMB-High (TMBスコアが10mut/Mb以上) ☐その他  ☐不明 or 未検査 |
| 腫瘍遺伝子変異量 -検査方法 | | | ☐F1 CDx　 ☐その他 　☐不明 |

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| （必須） **肺がん症例** | EGFR | | ☐陰性　 ☐陽性　 ☐判定不能 ☐不明 or 未検査 | | |
| EGFR-type | | ☐G719　 ☐exon-19欠失　 ☐S768I ☐T790M　 ☐exon-20挿入　 ☐L858R ☐L861Q　 ☐その他  ☐不明 | | |
| EGFR-検査方法 | | ☐CobasV2　 ☐Therascreen ☐オンコマイン Dx target Testマルチ CDx ☐F1 CDx　 ☐F1Liquid CDx ☐Amoy Dx肺癌マルチ遺伝子PCRパネル ☐その他　 ☐不明 | | |
| EGFR-TKI耐性後EGFR-T790M | | ☐陰性　 ☐陽性　 ☐判定不能 ☐不明 or 未検査 | | |
| ALK融合 | | ☐陰性　 ☐陽性　 ☐判定不能 ☐不明 or 未検査 | | |
| ALK-検査方法 | | ☐IHCのみ　☐FISHのみ　☐IHC+FISH　☐RT-PCRのみ ☐RT-PCR+FISH ☐F1 CDx 　☐F1Liquid CDx ☐オンコマイン Dx target Testマルチ CDx ☐Amoy Dx肺癌マルチ遺伝子PCRパネル ☐その他 ☐不明 | | |
| ROS1 | | ☐陰性　 ☐陽性 　☐判定不能 ☐不明 or 未検査 | | |
| ROS1-検査方法 | | ☐F1 CDx　 ☐F1Liquid CDx ☐オンコマイン Dx target Testマルチ CDx ☐Amoy Dx肺癌マルチ遺伝子PCRパネル ☐OncoGuid AmoyDx ☐その他 ☐不明 | | |
| BRAF(V600) | | ☐陰性　 ☐陽性 　☐判定不能 ☐不明 or 未検査 | | |
| BRAF(V600) -検査方法 | | ☐オンコマイン Dx target Test マルチ CDx ☐Amoy Dx肺癌マルチ遺伝子PCRパネル ☐その他 ☐不明 | | |
| PD-L1(IHC) | | ☐陰性 　☐陽性 　☐判定不能 ☐不明 or 未検査 | | |
| PD-L1(IHC)- 検査方法 | | ☐Nivolumab/Dako28-8(BMS/小野) ☐Pembrolizumab/Dako22C3(Merck) ☐SP142　 ☐SP263(術後補助療法) ☐その他 　☐不明 | | |
| （必須） **肺がん症例** | | 陽性率 | | 数値： ％ |
| MET遺伝子エクソン14スキッピング変異 | | ☐陰性 ☐陽性 ☐判定不能 ☐不明 or 未検査 |
| MET遺伝子エクソン14スキッピング変異-検査方法 | | ☐ArcherMETコンパニオン診断システム ☐Amoy Dx肺癌マルチ遺伝子PCRパネル ☐その他 ☐不明 |
| KRAS G12C遺伝子変異 | | ☐陰性 ☐陽性 ☐判定不能 ☐不明 or 未検査 |
| KRAS G12C遺伝子変異-検査方法 | | ☐therascreen ☐その他 ☐不明 |
| RET融合遺伝子 | | ☐陰性 ☐陽性 ☐判定不能 ☐不明 or 未検査 |
| RET融合遺伝子 -検査方法 | | ☐オンコマイン Dx targe Test マルチ CDx ☐その他 ☐不明 |
| アスベスト曝露歴 | | ☐無 ☐有 ☐不明 |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| （必須） **乳がん症例** | HER2(IHC) | ☐陰性 ☐陰性(1+) ☐境界域(2+) ☐陽性(3+) ☐判定不能 ☐不明 or 未検査 |
| HER2(FISH) | ☐陰性 ☐ equivocal ☐陽性 ☐判定不能 ☐不明 or 未検査 |
| ER | ☐陰性 ☐陽性 ☐判定不能 ☐不明 or 未検査 |
| PgR | ☐陰性 ☐陽性 ☐判定不能 ☐不明 or 未検査 |
| gBRCA1 | ☐陰性 ☐陽性 ☐判定不能 ☐不明 or 未検査 |
| gBRCA1-検査方法 | ☐BRACAnalysis判断システム ☐その他 ☐不明 |
| gBRCA2 | ☐陰性 ☐陽性 ☐判定不能 ☐不明 or 未検査 |
| gBRCA2-検査方法 | ☐BRACAnalysis判断システム ☐その他 ☐不明 |
| PD-L1タンパク | ☐陰性 ☐陽性 ☐判定不能 ☐不明 or 未検査 |
| PD-L1タンパク -検査方法 | ☐PD-L1 IHC 22C3 pharmDx「ダコ」  □ベンタナOptoView PD-L1(SP142) ☐その他 ☐不明 |
| ERBB2コピー数 異常 | ☐陰性 ☐equivocal ☐陽性 ☐判定不能 ☐不明 or 未検査 |
| ERBB2コピー数 異常-検査方法 | ☐F1 CDx ☐その他 ☐不明 |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| （必須） **食道がん、 胃がん、 小腸がん、 大腸がん症例** | KRAS | ☐陰性 ☐陽性 ☐判定不能 ☐不明 or 未検査 |
| KRAS-type | ☐codon12 ☐codon13 ☐codon59 ☐codon61 ☐codon117 ☐codon146 ☐不明 |
| KRAS-検査方法 | ☐PCR-rSSO法 ☐MEBGEN RASKET-B キット ☐OncoBEAM RAS CRCキット ☐F1 CDx ☐その他 ☐不明 |
| NRAS | ☐陰性 ☐陽性 ☐判定不能 ☐不明 or 未検査 |
| NRAS-type | ☐codon12 ☐codon13 ☐codon59 ☐codon61 ☐codon117 ☐codon146 ☐不明 |
| NRAS-検査方法 | ☐PCR-rSSO法 ☐MEBGEN RASKET-B キット ☐OncoBEAM RAS CRCキット ☐F1 CDx ☐その他 ☐不明 |
| HER2 | ☐陰性 ☐陰性(1+) ☐境界域(2+) ☐陽性(3+) ☐判定不能 ☐不明 or 未検査 |
| HER2タンパク -検査方法 | ☐ベンタナultraViewパスウェー HER2(4B5) ☐その他 ☐不明 |
| HER2遺伝子増幅(ISH法）-検査方法 | ☐パスビジョンHER-2DNAプローブキット ☐その他 ☐不明 or 未検査 |
| HER2遺伝子増幅 (ISH法） | ☐陰性 ☐equivocal ☐陽性 ☐判定不能 |
| EGFR(IHC) | ☐陰性 ☐陽性 ☐判定不能 ☐不明 or 未検査 |
| BRAF(V600) | ☐陰性 ☐陽性 ☐判定不能 ☐不明 or 未検査 |
| BRAF(V600) -検査方法 | ☐MEBGEN RASKET-B キット ☐therascreen ☐その他 ☐不明 |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| （必須） **肝がん症例** | HBsAg | ☐陰性 ☐陽性 ☐判定不能 ☐不明 or 未検査 |
| HBs抗体 | ☐陰性 ☐陽性 ☐判定不能 ☐不明 or 未検査 |
| HBV-DNA | コピー数： LogIU/mL |
| HCV抗体 | ☐低(定性のー) ☐中(定性の+ー) ☐高(定性の＋) ☐不明 or 未検査 |
| HCV-RNA | コピー数： LogIU/mL |
| （必須） **皮膚がん症例** | BRAF遺伝子変異 | ☐陰性 ☐陽性 ☐判定不能 ☐不明 or 未検査 |
| BRAF遺伝子変異 -検査方法 | ☐コバスBRAF V600変異検出キット ☐F1 CDx ☐THxID BRAF キット ☐MEBGEN BRAFキット ☐その他 ☐不明 |
| BRAF-type | ☐V600E ☐V600K ☐判定不能 ☐不明 or 未検査 |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| （必須） **唾液腺癌** | HER2遺伝子 増幅度 | ☐陰性 ☐equivocal ☐陽性 ☐判定不能 ☐不明 or 未検査 |
| HER2遺伝子 増幅度-検査方法 | ☐ベンダナ DISH HER2キット ☐その他 ☐不明 |
| HER2タンパク | ☐陰性 ☐陽性 ☐判定不能 ☐不明 or 未検査 |
| HER2タンパク -検査方法 | ☐ベンダナultraViewパスウェー HER2(4B5) ☐その他 ☐不明 |
| （必須） **甲状腺癌** | RET融合遺伝子 | ☐陰性 ☐陽性 ☐判定不能 ☐不明 or 未検査 |
| RET融合遺伝子 -検査方法 | ☐オンコマインDx Target Test マルチCDx ☐その他 ☐不明 |
| RET遺伝子変異 | ☐陰性 ☐陽性 ☐判定不能 ☐不明 or 未検査 |
| RET遺伝子変異 -検査方法 | ☐オンコマインDx Target Test マルチCDx ☐その他 ☐不明 |
| （必須） **胆道癌** | FGFR2融合遺伝子 | ☐陰性 ☐陽性 ☐判定不能 ☐不明 or 未検査 |
| FGFR2融合遺伝子 -検査方法 | ☐F1 CDx ☐その他 ☐不明 |
| （必須） **膵臓癌** | gBRCA1 | ☐陰性 ☐陽性 ☐判定不能 ☐不明 or 未検査 |
| gBRCA1-検査方法 | ☐BRACAnalysis診断システム ☐その他 ☐不明 |
| gBRCA2 | ☐陰性 ☐陽性 ☐判定不能 ☐不明 or 未検査 |
| gBRCA2-検査方法 | ☐BRACAnalysis診断システム ☐その他 ☐不明 |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| （必須） **前立腺** | gBRCA1 | ☐陰性 ☐陽性 ☐判定不能 ☐不明 or 未検査 |
| gBRCA1-検査方法 | ☐F1 CDx ☐F1 Liquid CDx ☐BRACAnalysis診断システム ☐その他 ☐不明 |
| gBRCA2 | ☐陰性 ☐陽性 ☐判定不能 ☐不明 or 未検査 |
| gBRCA2-検査方法 | ☐F1 CDx ☐F1 Liquid CDx ☐BRACAnalysis診断システム ☐その他 ☐不明 |
| （必須） **卵巣/卵管** | gBRCA1 | ☐陰性 ☐陽性 ☐判定不能 ☐不明 or 未検査 |
| gBRCA1-検査方法 | ☐F1 CDx ☐BRACAnalysis診断システム ☐myChoice診断システム ☐その他 ☐不明 |
| gBRCA2 | ☐陰性 ☐陽性 ☐判定不能 ☐不明 or 未検査 |
| gBRCA2-検査方法 | ☐F1 CDx ☐BRACAnalysis診断システム ☐myChoice診断システム ☐その他 ☐不明 |
| 相同組換え修復 欠損 | ☐陰性 ☐陽性 ☐判定不能 ☐不明 or 未検査 |
| 相同組換え修復 欠損-検査方法 | ☐myChoice診断システム ☐その他 ☐不明 |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 項目 | | 内容 |
| （必須）薬物療法実施の有無 | | ☐無＝＞これで終わりです。 ☐有＝＞以下をご記入してください |
| （必須）治療方針 | | ☐企業治験 ☐医師主導治験 ☐先進医療 ☐患者申出療養 ☐保険診療 ☐その他 |
| （必須）企業治験・医師主導治験を選択した場合承認薬併用治験の該当 | | ☐該当しない ☐該当する |
| （必須）治療ライン | | ☐1次治療 ☐2次治療　☐3次治療 ☐4次治療 ☐5次治療以降 ☐不明 |
| （必須）治療目的 | | ☐術前補助療法 ☐術後補助療法 ☐根治 ☐緩和 ☐その他 |
| （必須）実施施設 | | ☐自施設　 ☐他施設 |
| （必須）レジメン名 | |  |
| （必須）薬剤名（一般名） | |  |
| （必須）レジメン内容変更情報 | | ☐無　　 ☐有 |
| （必須）投与開始日 | | 西暦 　　年 　　月　　 日 |
| （必須）投与終了日 | | 西暦 　　年　　 月 　　日 または □継続中 |
| （必須）終了理由 | | ☐計画通り終了 ☐無効中止 ☐副作用等で中止 ☐本人希望により中止 ☐その他の理由で中止 ☐不明 |
| （必須）最良総合効果 | | ☐CR 　☐PR　 ☐SD 　☐PD 　☐NE 継続中の場合は「NE」を選択 |
| （必須）増悪確認日 （終了理由で「無効中止」を選択した場合のみ入力） | | 西暦　　 年　　 月 　　日 |
| 有害事象 ① | Grade3以上有害事象の有無 | ☐Grade3以上なし ☐Grade3以上あり |
| 発現日 | 西暦 　　年 　　月 　　日 |
| CTCAEv5.0名称 | 日本語： |
| CTCAEv5.0名称最悪 | ☐Grade3　 ☐Grade4　 ☐Grade5　 ☐不明 |
| ※以下3項目は終了理由で「副作用等で中止」を選択した場合に入力 | |
| ※中止に至った 有害事象の有無 | ☐なし ☐あり |
| ※中止に至った有害事象名 |  |
| ※最悪Grade | ☐Grade3　 ☐Grade4　 ☐Grade5 　☐不明 |
| ② | 発現日 | 西暦 　　年 　　月　　 日 |
| CTCAEv5.0名称 | 日本語： |
| CTCAEv5.0名称最悪 | ☐Grade3　 ☐Grade　4 ☐Grade5　 ☐不明 |
| ※以下3項目は終了理由で「副作用等で中止」を選択した場合に入力 |  |
| ※中止に至った 有害事象の有無 | ☐なし ☐あり |
| ※中止に至った有害事象名 |  |
| ※最悪Grade | ☐Grade3　 ☐Grade4 　☐Grade5　 ☐不明 |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 項目 | | 内容 |
| （必須）薬物療法実施の有無 | | ☐無＝＞これで終わりです。 ☐有＝＞以下をご記入してください |
| （必須）治療方針 | | ☐企業治験 ☐医師主導治験 ☐先進医療 ☐患者申出療養 ☐保険診療 ☐その他 |
| （必須）企業治験・医師主導治験を選択した場合承認薬併用治験の該当 | | ☐該当しない ☐該当する |
| （必須）治療ライン | | ☐1次治療 ☐2次治療　☐3次治療 ☐4次治療 ☐5次治療以降 ☐不明 |
| （必須）治療目的 | | ☐術前補助療法 ☐術後補助療法 ☐根治 ☐緩和 ☐その他 |
| （必須）実施施設 | | ☐自施設 ☐他施設 |
| （必須）レジメン名 | |  |
| （必須）薬剤名（一般名） | |  |
| （必須）レジメン内容変更情報 | | ☐無　　 ☐有 |
| （必須）投与開始日 | | 西暦 　　年 　　月　　 日 |
| （必須）投与終了日 | | 西暦 　　年　　 月 　　日 または □継続中 |
| （必須）終了理由 | | ☐計画通り終了 ☐無効中止 ☐副作用等で中止 ☐本人希望により中止 ☐その他の理由で中止 ☐不明 |
| （必須）最良総合効果 | | ☐CR　 ☐PR 　☐SD 　☐PD 　☐NE 継続中の場合は「NE」を選択 |
| （必須）増悪確認日 （終了理由で「無効中止」を選択した場合のみ入力） | | 西暦　　 年　　 月 　　日 |
| 有害事象 ① | Grade3以上有害事象の有無 | ☐Grade3以上なし ☐Grade3以上あり |
| 発現日 | 西暦 　　年 　　月 　　日 |
| CTCAEv5.0名称 | 日本語： |
| CTCAEv5.0名称最悪 | ☐Grade3　 ☐Grade4　 ☐Grade5　 ☐不明 |
| ※以下3項目は終了理由で「副作用等で中止」を選択した場合に入力 | |
| ※中止に至った 有害事象の有無 | ☐なし ☐あり |
| ※中止に至った有害事象名 |  |
| ※最悪Grade | ☐Grade3　 ☐Grade4　 ☐Grade5　 ☐不明 |
| ② | 発現日 | 西暦 年 月 日 |
| CTCAEv5.0名称 | 日本語： |
| CTCAEv5.0名称最悪 | ☐Grade3　 ☐Grade4 　☐Grade5 　☐不明 |
| ※以下3項目は終了理由で「副作用等で中止」を選択した場合に入力 |  |
| ※中止に至った 有害事象の有無 | ☐なし ☐あり |
| ※中止に至った有害事象名 |  |
| ※最悪Grade | ☐Grade3　 ☐Grade4　 ☐Grade　5 ☐不明 |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 項目 | | 内容 |
| （必須）薬物療法実施の有無 | | ☐無＝＞これで終わりです。 ☐有＝＞以下をご記入してください |
| （必須）治療方針 | | ☐企業治験 ☐医師主導治験 ☐先進医療 ☐患者申出療養 ☐保険診療 ☐その他 |
| （必須）企業治験・医師主導治験を選択した場合承認薬併用治験の該当 | | ☐該当しない ☐該当する |
| （必須）治療ライン | | ☐1次治療 ☐2次治療　☐3次治療 ☐4次治療 ☐5次治療以降 ☐不明 |
| （必須）治療目的 | | ☐術前補助療法 ☐術後補助療法 ☐根治 ☐緩和 ☐その他 |
| （必須）実施施設 | | ☐自施設 ☐他施設 |
| （必須）レジメン名 | |  |
| （必須）薬剤名（一般名） | |  |
| （必須）レジメン内容変更情報 | | ☐無　　 ☐有 |
| （必須）投与開始日 | | 西暦 　　年 　　月　　 日 |
| （必須）投与終了日 | | 西暦 　　年　　 月 　　日 または □継続中 |
| （必須）終了理由 | | ☐計画通り終了 ☐無効中止 ☐副作用等で中止 ☐本人希望により中止 ☐その他の理由で中止 ☐不明 |
| （必須）最良総合効果 | | ☐CR 　☐PR 　☐SD　 ☐PD 　☐NE 継続中の場合は「NE」を選択 |
| （必須）増悪確認日 （終了理由で「無効中止」を選択した場合のみ入力） | | 西暦　　 年　　 月 　　日 |
| 有害事象 ① | Grade3以上有害事象の有無 | ☐Grade3以上なし ☐Grade3以上あり |
| 発現日 | 西暦 　　年 　　月 　　日 |
| CTCAEv5.0名称 | 日本語： |
| CTCAEv5.0名称最悪 | ☐Grade3 　☐Grade4 　☐Grade5　 ☐不明 |
| ※以下3項目は終了理由で「副作用等で中止」を選択した場合に入力 | |
| ※中止に至った 有害事象の有無 | ☐なし ☐あり |
| ※中止に至った有害事象名 |  |
| ※最悪Grade | ☐Grade3　 ☐Grade4　 ☐Grade5 　☐不明 |
| ② | 発現日 | 西暦 年 月 日 |
| CTCAEv5.0名称 | 日本語： |
| CTCAEv5.0名称最悪 | ☐Grade3　 ☐Grade4　 ☐Grade5　 ☐不明 |
| ※以下3項目は終了理由で「副作用等で中止」を選択した場合に入力 |  |
| ※中止に至った 有害事象の有無 | ☐なし ☐あり |
| ※中止に至った有害事象名 |  |
| ※最悪Grade | ☐Grade3 　☐Grade4　 ☐Grade5　 ☐不明 |

＊多数ある場合は、このページをコピーしてご記入ください。

ご協力いただきまして、誠にありがとうございました。