

**エキスパートパネル前\_臨床情報 すべて必須の入力項目になります**

使用する検体の 具体的採取部位 (別紙参照)			
検体採取方法	<input type="checkbox"/> 原発巣	<input type="checkbox"/> 転移巣	<input type="checkbox"/> 不明
検体採取方法	<input type="checkbox"/> 手術	<input type="checkbox"/> 生検	<input type="checkbox"/> その他 <input type="checkbox"/> 不明
検体採取日	/ /		
臨床診断名			
病理診断名(英語)			
診断日	/ / (当該腫瘍の初回治療前にかんと診断する根拠となった検査日)		
初回治療前の病期	<input type="checkbox"/> 0期	<input type="checkbox"/> 1期	<input type="checkbox"/> 2期 <input type="checkbox"/> 3期
	<input type="checkbox"/> 4期	<input type="checkbox"/> 不明	<input type="checkbox"/> 該当せず
ICD10			
再生不良性貧血	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり	* GenMineTOP希望の場合は必須
移植歴	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり→ありの場合詳細( )	
喫煙歴有無	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> 不明
喫煙総年数	年		
1日の本数	本		
アルコール多飲の 有無(別紙参照)	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> 不明
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

重複がん有無 (異なる臓器)	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> 不明
重複がん活動性	<input type="checkbox"/> 活動性	<input type="checkbox"/> 非活動性	<input type="checkbox"/> 不明
発症年齢	歳		
多発がん有無 (同一臓器)	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> 不明
多発がん活動性	<input type="checkbox"/> 活動性	<input type="checkbox"/> 非活動性	<input type="checkbox"/> 不明
発症年齢	歳		
登録時転移の有無	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> 不明
登録時転移の部位 (別紙参照)			
家族歴有無 (別紙参照)	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> 不明
① 続柄:	がん種:	罹患年齢:	
② 続柄:	がん種:	罹患年齢:	
③ 続柄:	がん種:	罹患年齢:	
④ 続柄:	がん種:	罹患年齢:	
⑤ 続柄:	がん種:	罹患年齢:	
既知の遺伝性疾患の有無	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり(下記記載)	<input type="checkbox"/> 不明
既知の遺伝性疾患名			
遺伝学的検査実施	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり(下記記載)	
変異のあった 遺伝子名			

**エキスパートパネル前\_臨床情報\_がん種情報\_固形がん(共通)**  
**すべて必須の入力項目になります**

NTRK1/2/3 融合遺伝子	<input type="checkbox"/> 陰性	<input type="checkbox"/> 陽性	<input type="checkbox"/> 判定不能	<input type="checkbox"/> 不明or未検査
NTRK1/2/3 融合遺伝子検査方法	<input type="checkbox"/> F1CDx	<input type="checkbox"/> F1Liquid CDx	<input type="checkbox"/> その他	<input type="checkbox"/> 不明
マイクロサテライト 不安定性	<input type="checkbox"/> 陰性	<input type="checkbox"/> 陽性	<input type="checkbox"/> 判定不能	<input type="checkbox"/> 不明or未検査
マイクロサテライト 不安定性検査方法	<input type="checkbox"/> MSI検査キット (FALCO)	<input type="checkbox"/> F1CDx	<input type="checkbox"/> G360CDx	<input type="checkbox"/> Idylla MSI Test 「ニチレイバイオ」
	<input type="checkbox"/> その他	<input type="checkbox"/> 不明		
ミスマッチ修復機構	<input type="checkbox"/> pMMR(正常)	<input type="checkbox"/> dMMR(欠損)	<input type="checkbox"/> 判定不能	<input type="checkbox"/> 不明or未検査
ミスマッチ修復機構 検査方法	<input type="checkbox"/> ペンタナ OptiView2抗体 (MSH6, PMS2)	<input type="checkbox"/> ペンタナ OptiView4抗体 (MSH2,MSH6,MLH1, PMS2)	<input type="checkbox"/> その他	<input type="checkbox"/> 不明
腫瘍遺伝子変異量	<input type="checkbox"/> TMB-High (TMBスコアが 10mut/Mb以上)	<input type="checkbox"/> その他	<input type="checkbox"/> 不明or未検査	
腫瘍遺伝子変異量 検査方法	<input type="checkbox"/> F1CDx	<input type="checkbox"/> その他	<input type="checkbox"/> 不明	

**以降、該当するがん種情報もご作成ください**

**エキスパートパネル前\_臨床情報\_がん種情報\_肺**  
**すべて必須の入力項目になります**

EGFR	<input type="checkbox"/> 陰性	<input type="checkbox"/> 陽性	<input type="checkbox"/> 判定不能	<input type="checkbox"/> 不明/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"/> オンコマインDx target Testマルチ CDx	<input type="checkbox"/> F1CDx
	<input type="checkbox"/> F1 Liquid CDx	<input type="checkbox"/> Amoy Dx肺癌 マルチPCRパネル	<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/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/未検査
ALK-検査方法	<input type="checkbox"/> IHC	<input type="checkbox"/> FISH	<input type="checkbox"/> IHC+FISH	
	<input type="checkbox"/> F1CDx	<input type="checkbox"/> F1 Liquid CDx	<input type="checkbox"/> オンコマインDx target Testマルチ CDx	<input type="checkbox"/> Amoy Dx肺癌 マルチPCRパネル
	<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/未検査
ROS1検査方法	<input type="checkbox"/> F1CDx	<input type="checkbox"/> F1 Liquid CDx	<input type="checkbox"/> オンコマインDx target Testマルチ CDx	
	<input type="checkbox"/> Amoy Dx肺癌 マルチPCRパネル	<input type="checkbox"/> OncoGuide AmoyDx	<input type="checkbox"/> その他	<input type="checkbox"/> 不明
BRAF(V600)	<input type="checkbox"/> 陰性	<input type="checkbox"/> 陽性	<input type="checkbox"/> 判定不能	<input type="checkbox"/> 不明/未検査
BRAF(V600) 検査方法	<input type="checkbox"/> オンコマインDx target Testマルチ CDx	<input type="checkbox"/> Amoy Dx肺癌 マルチPCRパネル	<input type="checkbox"/> その他	<input type="checkbox"/> 不明
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/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"/> SP142	
	<input type="checkbox"/> SP263(術後補助 化学療法)	<input type="checkbox"/> その他	<input type="checkbox"/> 不明	
陽性率(別紙参照)	%			

MET遺伝子エクソン14スキッピング変異	<input type="checkbox"/> 陰性	<input type="checkbox"/> 陽性	<input type="checkbox"/> 判定不能	<input type="checkbox"/> 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	<input type="checkbox"/> ArcherMET コンパニオン診断 システム	<input type="checkbox"/> Amoy Dx肺癌 マルチPCRパネル	<input type="checkbox"/> その他	<input type="checkbox"/> 不明
KRAS G12C 遺伝子変異	<input type="checkbox"/> 陰性	<input type="checkbox"/> 陽性	<input type="checkbox"/> 判定不能	<input type="checkbox"/> 不明 or未検査
KRAS G12C 遺伝子変異検査方法	<input type="checkbox"/> therascreen	<input type="checkbox"/> その他	<input type="checkbox"/> 不明	
RET融合遺伝子	<input type="checkbox"/> 陰性	<input type="checkbox"/> 陽性	<input type="checkbox"/> 判定不能	<input type="checkbox"/> 不明 or未検査
RET融合遺伝子 検査方法	<input type="checkbox"/> オンコマインDx targe Testマルチ CDx	<input type="checkbox"/> その他	<input type="checkbox"/> 不明	
アスベスト曝露歴	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> 不明	

続いて、エキスパートパネル前\_治療内容をご作成ください

**エキスパートパネル前\_臨床情報\_がん種情報\_乳**  
**すべて必須の入力項目になります**

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 or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 or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/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/未検査
BRCA1	<input type="checkbox"/> 陰性	<input type="checkbox"/> 陽性	<input type="checkbox"/> 判定不能	<input type="checkbox"/> 不明/未検査
BRCA1検査方法	<input type="checkbox"/> BRCAAnalysis 診断システム	<input type="checkbox"/> その他	<input type="checkbox"/> 不明	
BRCA2	<input type="checkbox"/> 陰性	<input type="checkbox"/> 陽性	<input type="checkbox"/> 判定不能	<input type="checkbox"/> 不明/未検査
BRCA2検査方法	<input type="checkbox"/> BRCAAnalysis 診断システム	<input type="checkbox"/> その他	<input type="checkbox"/> 不明	
PD-L1タンパク	<input type="checkbox"/> 陰性	<input type="checkbox"/> 陽性	<input type="checkbox"/> 判定不能	<input type="checkbox"/> 不明 or未検査
PD-L1タンパク 検査方法	<input type="checkbox"/> PD-L1 IHC 22C3 pharmDx「ダコ」	<input type="checkbox"/> ベンタナOptiView PD-L1(SP142)	<input type="checkbox"/> その他	不明
ERBB2コピー数異常	<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 or未検査		
ERBB2コピー数 異常検査方法	<input type="checkbox"/> F1CDx	<input type="checkbox"/> その他	<input type="checkbox"/> 不明	

**エキスパートパネル前\_臨床情報\_がん種情報\_前立腺**  
**すべて必須の入力項目になります**

BRCA1	<input type="checkbox"/> 陰性	<input type="checkbox"/> 陽性	<input type="checkbox"/> 判定不能	<input type="checkbox"/> 不明/未検査
BRCA1検査方法	<input type="checkbox"/> F1 CDx	<input type="checkbox"/> F1 Liquid CDx	<input type="checkbox"/> BRCAAnalysis 診断システム	
	<input type="checkbox"/> その他	<input type="checkbox"/> 不明		
BRCA2	<input type="checkbox"/> 陰性	<input type="checkbox"/> 陽性	<input type="checkbox"/> 判定不能	<input type="checkbox"/> 不明/未検査
BRCA2検査方法	<input type="checkbox"/> F1 CDx	<input type="checkbox"/> F1 Liquid CDx	<input type="checkbox"/> BRCAAnalysis 診断システム	
	<input type="checkbox"/> その他	<input type="checkbox"/> 不明		

続いて、エキスパートパネル前\_治療内容をご作成ください

**エキスパートパネル前\_臨床情報\_がん種情報\_卵巣/卵管  
すべて必須の入力項目になります**

BRCA1	<input type="checkbox"/> 陰性	<input type="checkbox"/> 陽性	<input type="checkbox"/> 判定不能	<input type="checkbox"/> 不明/未検査
BRCA1検査方法	<input type="checkbox"/> F1 CDx <input type="checkbox"/> その他	<input type="checkbox"/> F1 Liquid CDx <input type="checkbox"/> 不明	<input type="checkbox"/> BRACAnalysis 診断システム	
BRCA2	<input type="checkbox"/> 陰性	<input type="checkbox"/> 陽性	<input type="checkbox"/> 判定不能	<input type="checkbox"/> 不明/未検査
BRCA2検査方法	<input type="checkbox"/> F1 CDx <input type="checkbox"/> その他	<input type="checkbox"/> F1 Liquid CDx <input type="checkbox"/> 不明	<input type="checkbox"/> BRACAnalysis 診断システム	
相同組換え修復欠損	<input type="checkbox"/> 陰性	<input type="checkbox"/> 陽性	<input type="checkbox"/> 判定不能	<input type="checkbox"/> 不明/未検査
相同組換え 修復欠損検査方法	<input type="checkbox"/> my choice 診断システム	<input type="checkbox"/> その他	<input type="checkbox"/> 不明	

続いて、エキスパートパネル前\_治療内容をご作成ください

**エキスパートパネル前\_臨床情報\_がん種情報\_食道、胃、腸  
すべて必須の入力項目になります**

KRAS	<input type="checkbox"/> 陰性	<input type="checkbox"/> 陽性	<input type="checkbox"/> 判定不能	<input type="checkbox"/> 不明/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"/> MEBGEN RASKET-Bキット	<input type="checkbox"/> OncoBEAM RAS CRCキット	
	<input type="checkbox"/> F1CDx	<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/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"/> MEBGEN RASKET	<input type="checkbox"/> OncoBEAM RAS CRCキット	
	<input type="checkbox"/> F1CDx	<input type="checkbox"/> その他	<input type="checkbox"/> 不明	
HER2	<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 or未検査	
HER2タンパク検査方法	<input type="checkbox"/> ベンタナultraView パスウェーHER2(4B5)	<input type="checkbox"/> その他	<input type="checkbox"/> 不明	
HER2遺伝子増幅 (ISH法)検査方法	<input type="checkbox"/> パスビジョンHER2 DNAプローブキット	<input type="checkbox"/> その他	<input type="checkbox"/> 不明 or未検査	
HER2遺伝子増幅 (ISH法)	<input type="checkbox"/> 陰性	<input type="checkbox"/> equivocal	<input type="checkbox"/> 陽性	<input type="checkbox"/> 判定不能
EGFR(IHC)	<input type="checkbox"/> 陰性	<input type="checkbox"/> 陽性	<input type="checkbox"/> 判定不能	<input type="checkbox"/> 不明/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/未検査
BRAF(V600)検査方法	<input type="checkbox"/> MEBGEN RASKET-Bキット	<input type="checkbox"/> therascreen	<input type="checkbox"/> その他	<input type="checkbox"/> 不明

続いて、エキスパートパネル前\_治療内容をご作成ください



**エキスパートパネル前\_臨床情報\_がん種情報\_肝(別紙参照)  
すべて必須の入力項目になります**

HBsAg	<input type="checkbox"/> 陰性	<input type="checkbox"/> 陽性	<input type="checkbox"/> 判定不能	<input type="checkbox"/> 不明/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/未検査
HBV-DNA	(LogIU/mL)			
HCV抗体	<input type="checkbox"/> 低(定性-)	<input type="checkbox"/> 中(定性+-)	<input type="checkbox"/> 高(定性+)	<input type="checkbox"/> 不明 or 未検査
HCV-RNA	(LogIU/mL)			

**エキスパートパネル前\_臨床情報\_がん種情報\_胆道癌  
すべて必須の入力項目になります**

FGFR2融合遺伝子	<input type="checkbox"/> 陰性	<input type="checkbox"/> 陽性	<input type="checkbox"/> 判定不能	<input type="checkbox"/> 不明/未検査
FGFR2融合遺伝子 検査方法	<input type="checkbox"/> F1 CDx	<input type="checkbox"/> その他	<input type="checkbox"/> 不明	

**エキスパートパネル前\_臨床情報\_がん種情報\_膵臓  
すべて必須の入力項目になります**

BRCA1	<input type="checkbox"/> 陰性	<input type="checkbox"/> 陽性	<input type="checkbox"/> 判定不能	<input type="checkbox"/> 不明/未検査
BRCA1検査方法	<input type="checkbox"/> BRCAAnalysis 診断システム	<input type="checkbox"/> その他	<input type="checkbox"/> 不明	
BRCA2	<input type="checkbox"/> 陰性	<input type="checkbox"/> 陽性	<input type="checkbox"/> 判定不能	<input type="checkbox"/> 不明/未検査
BRCA2検査方法	<input type="checkbox"/> BRCAAnalysis 診断システム	<input type="checkbox"/> その他	<input type="checkbox"/> 不明	

続いて、エキスパートパネル前\_治療内容をご作成ください

**エキスパートパネル前\_臨床情報\_がん種情報\_皮膚  
すべて必須の入力項目になります**

BRAF(V600)	<input type="checkbox"/> 陰性	<input type="checkbox"/> 陽性	<input type="checkbox"/> 判定不能	<input type="checkbox"/> 不明/未検査
BRAF遺伝子変異検査方法	<input type="checkbox"/> コバスBRAF V600変異検出キット	<input type="checkbox"/> F1 CDx	<input type="checkbox"/> THxID BRAFキット	
	<input type="checkbox"/> MEBGEN BRAFキット	<input type="checkbox"/> その他	<input type="checkbox"/> 不明	
BRAF type	<input type="checkbox"/> V600E	<input type="checkbox"/> V600K	<input type="checkbox"/> 判定不能	<input type="checkbox"/> 不明or未検査

**エキスパートパネル前\_臨床情報\_がん種情報\_唾液腺癌  
すべて必須の入力項目になります**

HER2遺伝子増幅度	<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 or未検査		
HER2遺伝子増幅度検査方法	<input type="checkbox"/> ベンタナDISH HER2キット	<input type="checkbox"/> その他	<input type="checkbox"/> 不明	
HER2タンパク	<input type="checkbox"/> 陰性	<input type="checkbox"/> 陽性	<input type="checkbox"/> 判定不能	<input type="checkbox"/> 不明/未検査
HER2タンパク検査方法	<input type="checkbox"/> ベンタナultraView パスウェーHER2(4B5)	<input type="checkbox"/> 不明	<input type="checkbox"/> その他	

**エキスパートパネル前\_臨床情報\_がん種情報\_甲状腺癌  
すべて必須の入力項目になります**

RET融合遺伝子	<input type="checkbox"/> 陰性	<input type="checkbox"/> 陽性	<input type="checkbox"/> 判定不能	<input type="checkbox"/> 不明/未検査
RET融合遺伝子検査方法	<input type="checkbox"/> オンコマインDx target TestマルチCDx	<input type="checkbox"/> その他	<input type="checkbox"/> 不明	
RET遺伝子変異	<input type="checkbox"/> 陰性	<input type="checkbox"/> 陽性	<input type="checkbox"/> 判定不能	<input type="checkbox"/> 不明/未検査
RET遺伝子変異検査方法	<input type="checkbox"/> オンコマインDx target TestマルチCDx	<input type="checkbox"/> その他	<input type="checkbox"/> 不明	

続いて、エキスパートパネル前\_治療内容をご作成ください

**エキスパートパネル前\_治療内容(複数ある場合にはコピーしてご使用ください)  
すべて必須の入力項目になります**

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		
企業治験、医師主導 治験の場合、 承認薬併用治験への 該当(別紙参照)	<input type="checkbox"/> 該当しない	<input type="checkbox"/> 該当する→併用薬剤剤名も記載( )		
治療ライン	<input type="checkbox"/> 1次	<input type="checkbox"/> 2次	<input type="checkbox"/> 3次	
	<input type="checkbox"/> 4次	<input type="checkbox"/> 5次治療以降		
実施目的	<input type="checkbox"/> 術前補助化学療法	<input type="checkbox"/> 術後補助化学療法	<input type="checkbox"/> 根治	
	<input type="checkbox"/> 緩和	<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				
①薬剤名:一般名 (商品名)				
②薬剤名:一般名 (商品名)				
③薬剤名:一般名 (商品名)				
④薬剤名:一般名 (商品名)				
⑤薬剤名:一般名 (商品名)				
レジメン内容変更情報	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり( )		
投与開始日	/	/		
投与終了日	/	/		
継続中	<input type="checkbox"/>			
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"/> 本人希望により中止	<input type="checkbox"/> その他理由で中止	<input type="checkbox"/> 不明	
増悪確認日	/	/		
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		

Grade 3以上 有害事象の有無	<input type="checkbox"/> Grade3以上なし	<input type="checkbox"/> Grade3以上あり(下記記載)	<input type="checkbox"/> 不明
①有害事象名 (CTCAEv5.0)	<input type="checkbox"/> 副作用等で中止に至った有害事象である		
発現日	/ /		
最悪Grade	<input type="checkbox"/> Grade3	<input type="checkbox"/> Grade4	<input type="checkbox"/> Grade5 <input type="checkbox"/> 不明
②有害事象名 (CTCAEv5.0)	<input type="checkbox"/> 副作用等で中止に至った有害事象である		
発現日	/ /		
最悪Grade	<input type="checkbox"/> Grade3	<input type="checkbox"/> Grade4	<input type="checkbox"/> Grade5 <input type="checkbox"/> 不明
③有害事象名 (CTCAEv5.0)	<input type="checkbox"/> 副作用等で中止に至った有害事象である		
発現日	/ /		
最悪Grade	<input type="checkbox"/> Grade3	<input type="checkbox"/> Grade4	<input type="checkbox"/> Grade5 <input type="checkbox"/> 不明
上記以外に、中止に 至った有害事象	<input type="checkbox"/> あり(以下記載)	<input type="checkbox"/> 不明	
副作用等で中止に 至った有害事象名 (CTCAEv5.0)①			
最悪Grade	<input type="checkbox"/> Grade1	<input type="checkbox"/> Grade2	<input type="checkbox"/> Grade3
	<input type="checkbox"/> Grade4	<input type="checkbox"/> Grade5	<input type="checkbox"/> 不明
副作用等で中止に 至った有害事象名 (CTCAEv5.0)①			
最悪Grade	<input type="checkbox"/> Grade1	<input type="checkbox"/> Grade2	<input type="checkbox"/> Grade3
	<input type="checkbox"/> Grade4	<input type="checkbox"/> Grade5	<input type="checkbox"/> 不明
副作用等で中止に 至った有害事象名 (CTCAEv5.0)①			
最悪Grade	<input type="checkbox"/> Grade1	<input type="checkbox"/> Grade2	<input type="checkbox"/> Grade3
	<input type="checkbox"/> Grade4	<input type="checkbox"/> Grade5	<input type="checkbox"/> 不明

別紙(C-CAT入力用)

臨床診断名: 病理診断書に記載されている病理診断名の英語 半角 表記 を推奨

病理診断名: 当該腫瘍の初回治療前に診断のために行われた検査のうち、'がん'と診断する根拠 となった検査が行われた日

アルコールの多飲(酒)の定義: 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					
お酒の種類	ビール	清酒 中瓶3本(500ml/本)	ウイスキー・ブランデー 3合(180ml/合) ダブル3杯(60ml/杯)	焼酎(35度) 1合(180ml/合)	ワイン 5杯(120ml/杯)
アルコール度数	5%	15%	43%	35%	12%
純アルコール量	60g	66g	60g	50g	60g

### PS

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

不明: 上記に該当しない場合

### 登録時転移の有無

なし: 症例登録時点で転移がない場合。

あり: 症例登録時点で転移がある場合再発が 転移 である 場合 は、"1:あり"を選択する。

不明

### 肺

陽性率: 検査結果 に 範囲 がある 場合、「60-80」のように入力する。

### 肝

HBsAg: がん遺伝子パネル検査に対する検体提出直近のHBsAgの検査結果。

HBs抗体: がん遺伝子パネル検査に対する検体提出直近のHBs抗体の検査結果。

HBV-DNA: 検査結果に「1%未満」のような文字が含まれている場合、「<1」のように文字を記号に読替えて入力する。

がん遺伝子パネル 検査に対する検体提出直近のHBV-DNAについての検査結果(単位:LogIU/mL)を入力する。

HCV抗体: 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: 定性(-) 中: 定性(+) 高: 定性(+) 不明or未検査: 検査歴不明もしくは未検査

HCV-RNA: 検査結果に「1%未満」のような文字が含まれている場合、「<1」のように文字を記号に読替えて入力する。

### 認薬併用治験への該当

該当しない: 既承認薬を併用しておらず、治験薬のみ の場合。

該当する: 治験薬の他に、既承認薬を併用する。治験の 場合

家族歴-続柄	家族歴-がん種		家族歴-罹患年齢	具体的採取部位			登録時転移部位		
父	中枢神経系	腎盂	10歳未満	脊髓	膵	原発不明	脊髓	膵	原発不明
母	脳	副腎	10歳台:10~19	脳	腎	その他	脳	腎	その他
親(詳細不明)	眼	膀胱	20歳台:20~29	眼	腎盂		眼	腎盂	
同胞	口腔	尿管	30歳台:30~39	口腔	副腎		口腔	副腎	
子	咽頭	前立腺	40歳台:40~49	咽頭	膀胱		咽頭	膀胱	
祖父母(父方)	喉頭	精巣	50歳台:50~59	喉頭	尿管		喉頭	尿管	
祖父母(母方)	鼻・副鼻腔	陰茎	60歳台:60~69	鼻・副鼻腔	前立腺		鼻・副鼻腔	前立腺	
祖父母(詳細不明)	唾液腺	子宮体部	70歳台:70~79	唾液腺	精巣		唾液腺	精巣	
おじ(父方)	甲状腺	子宮頸部	80歳台:80~89	甲状腺	陰茎		甲状腺	陰茎	
おじ(母方)	肺	卵巣/卵管	90歳以上	肺	子宮体部		肺	子宮体部	
おば(父方)	胸膜	膣	不明:上記に該当しない場合	胸膜	子宮頸部		胸膜	子宮頸部	
おば(母方)	胸腺	皮膚		胸腺	卵巣/卵管		胸腺	卵巣/卵管	
甥姪	乳	皮下		乳腺	膣		乳腺	膣	
孫	食道	骨		食道	皮膚		食道	皮膚	
いとこ	胃	筋肉		胃	骨		胃	骨	
不明の血縁者	十二指腸乳頭部	軟部組織		十二指腸乳頭部	筋肉		十二指腸乳頭部	筋肉	
	小腸	腹膜		十二指腸	軟部組織(皮下組織を含む)		十二指腸	軟部組織(皮下組織を含む)	
	虫垂	髄膜		小腸	腹膜		小腸	腹膜	
	大腸	骨髄系		虫垂	髄膜		虫垂	髄膜	
	肝	リンパ系		大腸	骨髄		大腸	骨髄	
	胆道	末梢神経系		肛門	リンパ系/リンパ管		肛門	リンパ系/リンパ管	
	膵	原発不明		肝	末梢神経系		肝	末梢神経系	
	腎	その他		胆道	血液		胆道	血液	