

■ C-CAT入力情報

作成日

◆基本情報

| | | | | | |
|--|--------------|-------------------------------|--------------------------------|--|--|
| 基本情報 | フリガナ 患者氏名 | | | | |
| | ID | (群大IDをお持ちの方のみ記入) | | | |
| | 性別 | | | | |
| | 生年月日 | | | | |
| | 既実施のパネル検査の有無 | <input type="checkbox"/> あり | <input type="checkbox"/> なし | | |
| | 小児がんである | <input type="checkbox"/> 該当する | <input type="checkbox"/> 該当しない | | |
| 原発部位 | | | | | |
| ※原発部位は、＜参考資料＞がん種リスト の最下層のがん種を確認し、記入してください。 | | | | | |

◆患者情報

| | | | | | | |
|-----------------------|----------------------------------|--------------------------------|------------------------------------|--------------------------------|------------------------------|-----------------------------|
| 臨床診断名（英語表記） | | | | | | |
| 病理診断名（英語表記） | | | | | | |
| 診断日 | | (西暦) | 年 | 月 | 日 | ※がんと診断する根拠となった検査が行われた日 |
| 初回治療前のステージ分類 | | <input type="checkbox"/> 0期 | <input type="checkbox"/> I期 | <input type="checkbox"/> II期 | | |
| | | <input type="checkbox"/> III期 | <input type="checkbox"/> IV期 | <input type="checkbox"/> 該当せず | <input type="checkbox"/> 不明 | |
| 既知の遺伝性疾患の有無 | | <input type="checkbox"/> なし | <input type="checkbox"/> あり | <input type="checkbox"/> 不明 | | |
| ECOG PS (ゲノム外来紹介時) | | <input type="checkbox"/> 0 | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 3 | <input type="checkbox"/> 4 |
| 重複がん | 有無 | <input type="checkbox"/> あり | <input type="checkbox"/> なし | | <input type="checkbox"/> 不明 | |
| | 原発部位 | <input type="checkbox"/> 中枢神経系 | <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"/> 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/リンパ系 | <input type="checkbox"/> 末梢神経 | | |
| | <input type="checkbox"/> 原発不明 | <input type="checkbox"/> 血液 | | | | |
| | <input type="checkbox"/> その他 () | | | | | |
| | 活動性 | <input type="checkbox"/> 非活動性 | <input type="checkbox"/> 活動 | <input type="checkbox"/> 不明 | | |
| 多発がん | 有無（同一臓器） | <input type="checkbox"/> あり | <input type="checkbox"/> なし | <input type="checkbox"/> 不明 | | |
| | 活動性 | <input type="checkbox"/> 非活動性 | <input type="checkbox"/> 活動性 | <input type="checkbox"/> 不明 | | |

| 登録時の 転移 | 有無 | <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 不明 | | | | | | | | | | | | | | |
|------------|---------------------|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
| | 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 () | | | | | | | | | | | | | | |
| 直近の増悪確認日 | (西暦) 年 月 日 | | | | | | | | | | | | | | | |

◆がん種情報 ※該当するがん種に入力をしてください

| | | | | | | |
|--------------|-----------------------------|---|--------------------------------------|--|-----------------------------------|------------------------------------|
| 肺 | EGFR | <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 | |
| | 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or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or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"/> PT-PCRのみ | |
| | | <input type="checkbox"/> PT-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or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or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or未検査 | |
| | 陽性の場合の検査方法 | <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陽性率 (%) | | | | | | |
| アスベスト曝露歴 | <input type="checkbox"/> なし | <input type="checkbox"/> あり | <input type="checkbox"/> 不明 | | | |

| | | | | | | |
|---|------------|-----------------------------|------------------------------------|-----------------------------------|----------------------------------|----------------------------------|
| 乳 | 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 |
| | 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or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or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or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or未検査 | |

| | | | | | | |
|--------------|-----------------------------|------------------------------------|-----------------------------------|-----------------------------------|----------------------------------|-------------------------------|
| 食道 胃 腸 | KRAS | <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-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or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 | <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 |
| EGFR(IHC) | <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 | | |
| BRAF(V600) | <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 | | |

| | | | | | |
|---|------------------------|-----------------------------|-----------------------------|-------------------------------|----------------------------------|
| 肝 | HBsAg | <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 |
| | 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or未検査 |
| | HBV-DNA (Log IU/mL) 直近 | | | | |
| | HCV抗体 | <input type="checkbox"/> 低 | <input type="checkbox"/> 中 | <input type="checkbox"/> 高 | <input type="checkbox"/> 不明or未検査 |
| | HCV-RNA (Log IU/mL) 直近 | | | | |

| | | | | | |
|----|------------|-----------------------------|-----------------------------|-------------------------------|----------------------------------|
| 皮膚 | BRAF(V600) | <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 |
|----|------------|-----------------------------|-----------------------------|-------------------------------|----------------------------------|

| | | | | | |
|----------|----------------|--|-----------------------------|------------------------------------|--------------------------------------|
| 固形がん | 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 ※必須 |
| | 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 ※必須 |
| | ミスマッチ修復機能 | <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 ※必須 | | | |
| 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 ※必須 | | | |

| | | | | | |
|---------------|--------|-----------------------------|-----------------------------|-------------------------------|--------------------------------------|
| がん種固有 (臍臓) | gBRCA1 | <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 ※必須 |
| | gBRCA2 | <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 ※必須 |

◆薬物療法（E P 前） 1次治療

| | |
|-------------------|---|
| 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 |
| 治療目的 | <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 | |
| レジメン名 | |
| 薬剤名（一般名）① | |
| 薬剤名（一般名）② | |
| 薬剤名（一般名）③ | |
| 薬剤名（一般名）④ | |
| 薬剤名（一般名）⑤ | |
| 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 | (西暦) 年 月 日 |
| 投与終了日 | (西暦) 年 月 日 |
| 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 |
| Greade3以上の有害事象の有無 | <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> 不明 |

有害事象

| | |
|-------|---|
| 有害事象① | 発現日 (西暦) 年 月 日 CTCAEv5.0 名称 CTCAEv5.0 最悪Grade <input type="checkbox"/> Grade3 <input type="checkbox"/> Grade4 <input type="checkbox"/> Grade5 <input type="checkbox"/> 不明 |
| 有害事象② | 発現日 (西暦) 年 月 日 CTCAEv5.0 名称 CTCAEv5.0 最悪Grade <input type="checkbox"/> Grade3 <input type="checkbox"/> Grade4 <input type="checkbox"/> Grade5 <input type="checkbox"/> 不明 |
| 有害事象③ | 発現日 (西暦) 年 月 日 CTCAEv5.0 名称 CTCAEv5.0 最悪Grade <input type="checkbox"/> Grade3 <input type="checkbox"/> Grade4 <input type="checkbox"/> Grade5 <input type="checkbox"/> 不明 |
| 有害事象④ | 発現日 (西暦) 年 月 日 CTCAEv5.0 名称 CTCAEv5.0 最悪Grade <input type="checkbox"/> Grade3 <input type="checkbox"/> Grade4 <input type="checkbox"/> Grade5 <input type="checkbox"/> 不明 |
| 有害事象⑤ | 発現日 (西暦) 年 月 日 CTCAEv5.0 名称 CTCAEv5.0 最悪Grade <input type="checkbox"/> Grade3 <input type="checkbox"/> Grade4 <input type="checkbox"/> Grade5 <input type="checkbox"/> 不明 |

◆薬物療法（E P 前） 2次治療

| | |
|-------------------|---|
| 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 |
| 治療目的 | <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 | |
| レジメン名 | |
| 薬剤名（一般名）① | |
| 薬剤名（一般名）② | |
| 薬剤名（一般名）③ | |
| 薬剤名（一般名）④ | |
| 薬剤名（一般名）⑤ | |
| 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 | (西暦) 年 月 日 |
| 投与終了日 | (西暦) 年 月 日 |
| 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 |
| Greade3以上の有害事象の有無 | <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> 不明 |

有害事象

| | |
|-------|---|
| 有害事象① | 発現日 (西暦) 年 月 日 CTCAEv5.0 名称 CTCAEv5.0 最悪Grade <input type="checkbox"/> Grade3 <input type="checkbox"/> Grade4 <input type="checkbox"/> Grade5 <input type="checkbox"/> 不明 |
| 有害事象② | 発現日 (西暦) 年 月 日 CTCAEv5.0 名称 CTCAEv5.0 最悪Grade <input type="checkbox"/> Grade3 <input type="checkbox"/> Grade4 <input type="checkbox"/> Grade5 <input type="checkbox"/> 不明 |
| 有害事象③ | 発現日 (西暦) 年 月 日 CTCAEv5.0 名称 CTCAEv5.0 最悪Grade <input type="checkbox"/> Grade3 <input type="checkbox"/> Grade4 <input type="checkbox"/> Grade5 <input type="checkbox"/> 不明 |
| 有害事象④ | 発現日 (西暦) 年 月 日 CTCAEv5.0 名称 CTCAEv5.0 最悪Grade <input type="checkbox"/> Grade3 <input type="checkbox"/> Grade4 <input type="checkbox"/> Grade5 <input type="checkbox"/> 不明 |
| 有害事象⑤ | 発現日 (西暦) 年 月 日 CTCAEv5.0 名称 CTCAEv5.0 最悪Grade <input type="checkbox"/> Grade3 <input type="checkbox"/> Grade4 <input type="checkbox"/> Grade5 <input type="checkbox"/> 不明 |

◆薬物療法（E P 前） 3次治療

| | |
|-------------------|---|
| 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 |
| 治療目的 | <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 | |
| レジメン名 | |
| 薬剤名（一般名）① | |
| 薬剤名（一般名）② | |
| 薬剤名（一般名）③ | |
| 薬剤名（一般名）④ | |
| 薬剤名（一般名）⑤ | |
| 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 | (西暦) 年 月 日 |
| 投与終了日 | (西暦) 年 月 日 |
| 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 |
| Greade3以上の有害事象の有無 | <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> 不明 |

有害事象

| | |
|-------|---|
| 有害事象① | 発現日 (西暦) 年 月 日 CTCAEv5.0 名称 CTCAEv5.0 最悪Grade <input type="checkbox"/> Grade3 <input type="checkbox"/> Grade4 <input type="checkbox"/> Grade5 <input type="checkbox"/> 不明 |
| 有害事象② | 発現日 (西暦) 年 月 日 CTCAEv5.0 名称 CTCAEv5.0 最悪Grade <input type="checkbox"/> Grade3 <input type="checkbox"/> Grade4 <input type="checkbox"/> Grade5 <input type="checkbox"/> 不明 |
| 有害事象③ | 発現日 (西暦) 年 月 日 CTCAEv5.0 名称 CTCAEv5.0 最悪Grade <input type="checkbox"/> Grade3 <input type="checkbox"/> Grade4 <input type="checkbox"/> Grade5 <input type="checkbox"/> 不明 |
| 有害事象④ | 発現日 (西暦) 年 月 日 CTCAEv5.0 名称 CTCAEv5.0 最悪Grade <input type="checkbox"/> Grade3 <input type="checkbox"/> Grade4 <input type="checkbox"/> Grade5 <input type="checkbox"/> 不明 |
| 有害事象⑤ | 発現日 (西暦) 年 月 日 CTCAEv5.0 名称 CTCAEv5.0 最悪Grade <input type="checkbox"/> Grade3 <input type="checkbox"/> Grade4 <input type="checkbox"/> Grade5 <input type="checkbox"/> 不明 |

◆薬物療法（E P 前） 4次治療

| | |
|-------------------|---|
| 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 |
| 治療目的 | <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 | |
| レジメン名 | |
| 薬剤名（一般名）① | |
| 薬剤名（一般名）② | |
| 薬剤名（一般名）③ | |
| 薬剤名（一般名）④ | |
| 薬剤名（一般名）⑤ | |
| 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 | (西暦) 年 月 日 |
| 投与終了日 | (西暦) 年 月 日 |
| 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 |
| Greade3以上の有害事象の有無 | <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> 不明 |

有害事象

| | |
|-------|---|
| 有害事象① | 発現日 (西暦) 年 月 日 CTCAEv5.0 名称 CTCAEv5.0 最悪Grade <input type="checkbox"/> Grade3 <input type="checkbox"/> Grade4 <input type="checkbox"/> Grade5 <input type="checkbox"/> 不明 |
| 有害事象② | 発現日 (西暦) 年 月 日 CTCAEv5.0 名称 CTCAEv5.0 最悪Grade <input type="checkbox"/> Grade3 <input type="checkbox"/> Grade4 <input type="checkbox"/> Grade5 <input type="checkbox"/> 不明 |
| 有害事象③ | 発現日 (西暦) 年 月 日 CTCAEv5.0 名称 CTCAEv5.0 最悪Grade <input type="checkbox"/> Grade3 <input type="checkbox"/> Grade4 <input type="checkbox"/> Grade5 <input type="checkbox"/> 不明 |
| 有害事象④ | 発現日 (西暦) 年 月 日 CTCAEv5.0 名称 CTCAEv5.0 最悪Grade <input type="checkbox"/> Grade3 <input type="checkbox"/> Grade4 <input type="checkbox"/> Grade5 <input type="checkbox"/> 不明 |
| 有害事象⑤ | 発現日 (西暦) 年 月 日 CTCAEv5.0 名称 CTCAEv5.0 最悪Grade <input type="checkbox"/> Grade3 <input type="checkbox"/> Grade4 <input type="checkbox"/> Grade5 <input type="checkbox"/> 不明 |

◆薬物療法（E P 前） 5次治療

| | |
|-------------------|---|
| 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 |
| 治療目的 | <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 | |
| レジメン名 | |
| 薬剤名（一般名）① | |
| 薬剤名（一般名）② | |
| 薬剤名（一般名）③ | |
| 薬剤名（一般名）④ | |
| 薬剤名（一般名）⑤ | |
| 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 | (西暦) 年 月 日 |
| 投与終了日 | (西暦) 年 月 日 |
| 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 |
| Greade3以上の有害事象の有無 | <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> 不明 |

有害事象

| | |
|-------|---|
| 有害事象① | 発現日 (西暦) 年 月 日 CTCAEv5.0 名称 CTCAEv5.0 最悪Grade <input type="checkbox"/> Grade3 <input type="checkbox"/> Grade4 <input type="checkbox"/> Grade5 <input type="checkbox"/> 不明 |
| 有害事象② | 発現日 (西暦) 年 月 日 CTCAEv5.0 名称 CTCAEv5.0 最悪Grade <input type="checkbox"/> Grade3 <input type="checkbox"/> Grade4 <input type="checkbox"/> Grade5 <input type="checkbox"/> 不明 |
| 有害事象③ | 発現日 (西暦) 年 月 日 CTCAEv5.0 名称 CTCAEv5.0 最悪Grade <input type="checkbox"/> Grade3 <input type="checkbox"/> Grade4 <input type="checkbox"/> Grade5 <input type="checkbox"/> 不明 |
| 有害事象④ | 発現日 (西暦) 年 月 日 CTCAEv5.0 名称 CTCAEv5.0 最悪Grade <input type="checkbox"/> Grade3 <input type="checkbox"/> Grade4 <input type="checkbox"/> Grade5 <input type="checkbox"/> 不明 |
| 有害事象⑤ | 発現日 (西暦) 年 月 日 CTCAEv5.0 名称 CTCAEv5.0 最悪Grade <input type="checkbox"/> Grade3 <input type="checkbox"/> Grade4 <input type="checkbox"/> Grade5 <input type="checkbox"/> 不明 |

※ 6次治療以降の記載は別紙へ

■ C - C A T 入力情報

作成日

| ◆薬物療法（E P 前） 6次治療 | | ID | 氏名 |
|-------------------|---|----|----|
| 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 | | |
| 治療目的 | <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 | | | |
| レジメン名 | | | |
| 薬剤名（一般名）① | | | |
| 薬剤名（一般名）② | | | |
| 薬剤名（一般名）③ | | | |
| 薬剤名（一般名）④ | | | |
| 薬剤名（一般名）⑤ | | | |
| 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 | (西暦) 年 月 日 | | |
| 投与終了日 | (西暦) 年 月 日 | | |
| 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"/> C R <input type="checkbox"/> P R <input type="checkbox"/> S D <input type="checkbox"/> P D <input type="checkbox"/> N E | | |
| Grade3以上の有害事象の有無 | <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> 不明 | | |

| 有害事象 | |
|-------|---|
| 有害事象① | 発現日 (西暦) 年 月 日 CTCAEv5.0 名称 CTCAEv5.0 最悪Grade <input type="checkbox"/> Grade3 <input type="checkbox"/> Grade4 <input type="checkbox"/> Grade5 <input type="checkbox"/> 不明 |
| 有害事象② | 発現日 (西暦) 年 月 日 CTCAEv5.0 名称 CTCAEv5.0 最悪Grade <input type="checkbox"/> Grade3 <input type="checkbox"/> Grade4 <input type="checkbox"/> Grade5 <input type="checkbox"/> 不明 |
| 有害事象③ | 発現日 (西暦) 年 月 日 CTCAEv5.0 名称 CTCAEv5.0 最悪Grade <input type="checkbox"/> Grade3 <input type="checkbox"/> Grade4 <input type="checkbox"/> Grade5 <input type="checkbox"/> 不明 |
| 有害事象④ | 発現日 (西暦) 年 月 日 CTCAEv5.0 名称 CTCAEv5.0 最悪Grade <input type="checkbox"/> Grade3 <input type="checkbox"/> Grade4 <input type="checkbox"/> Grade5 <input type="checkbox"/> 不明 |
| 有害事象⑤ | 発現日 (西暦) 年 月 日 CTCAEv5.0 名称 CTCAEv5.0 最悪Grade <input type="checkbox"/> Grade3 <input type="checkbox"/> Grade4 <input type="checkbox"/> Grade5 <input type="checkbox"/> 不明 |

◆薬物療法（E P 前） 7次治療

| | |
|------------------|---|
| 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 |
| 治療目的 | <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 | |
| レジメン名 | |
| 薬剤名（一般名）① | |
| 薬剤名（一般名）② | |
| 薬剤名（一般名）③ | |
| 薬剤名（一般名）④ | |
| 薬剤名（一般名）⑤ | |
| 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 | (西暦) 年 月 日 |
| 投与終了日 | (西暦) 年 月 日 |
| 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 |
| Grade3以上の有害事象の有無 | <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> 不明 |

有害事象

| | |
|-------|---|
| 有害事象① | 発現日 (西暦) 年 月 日 CTCAEv5.0 名称 CTCAEv5.0 最悪Grade <input type="checkbox"/> Grade3 <input type="checkbox"/> Grade4 <input type="checkbox"/> Grade5 <input type="checkbox"/> 不明 |
| 有害事象② | 発現日 (西暦) 年 月 日 CTCAEv5.0 名称 CTCAEv5.0 最悪Grade <input type="checkbox"/> Grade3 <input type="checkbox"/> Grade4 <input type="checkbox"/> Grade5 <input type="checkbox"/> 不明 |
| 有害事象③ | 発現日 (西暦) 年 月 日 CTCAEv5.0 名称 CTCAEv5.0 最悪Grade <input type="checkbox"/> Grade3 <input type="checkbox"/> Grade4 <input type="checkbox"/> Grade5 <input type="checkbox"/> 不明 |
| 有害事象④ | 発現日 (西暦) 年 月 日 CTCAEv5.0 名称 CTCAEv5.0 最悪Grade <input type="checkbox"/> Grade3 <input type="checkbox"/> Grade4 <input type="checkbox"/> Grade5 <input type="checkbox"/> 不明 |
| 有害事象⑤ | 発現日 (西暦) 年 月 日 CTCAEv5.0 名称 CTCAEv5.0 最悪Grade <input type="checkbox"/> Grade3 <input type="checkbox"/> Grade4 <input type="checkbox"/> Grade5 <input type="checkbox"/> 不明 |

◆薬物療法（E P 前） 8次治療

| | |
|------------------|---|
| 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 |
| 治療目的 | <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 | |
| レジメン名 | |
| 薬剤名（一般名）① | |
| 薬剤名（一般名）② | |
| 薬剤名（一般名）③ | |
| 薬剤名（一般名）④ | |
| 薬剤名（一般名）⑤ | |
| 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 | (西暦) 年 月 日 |
| 投与終了日 | (西暦) 年 月 日 |
| 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 |
| Grade3以上の有害事象の有無 | <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> 不明 |

有害事象

| | | |
|-------|-------------------|---|
| 有害事象① | 発現日 | (西暦) 年 月 日 |
| | CTCAEv5.0 名称 | |
| | CTCAEv5.0 最悪Grade | <input type="checkbox"/> Grade3 <input type="checkbox"/> Grade4 <input type="checkbox"/> Grade5 <input type="checkbox"/> 不明 |
| 有害事象② | 発現日 | (西暦) 年 月 日 |
| | CTCAEv5.0 名称 | |
| | CTCAEv5.0 最悪Grade | <input type="checkbox"/> Grade3 <input type="checkbox"/> Grade4 <input type="checkbox"/> Grade5 <input type="checkbox"/> 不明 |
| 有害事象③ | 発現日 | (西暦) 年 月 日 |
| | CTCAEv5.0 名称 | |
| | CTCAEv5.0 最悪Grade | <input type="checkbox"/> Grade3 <input type="checkbox"/> Grade4 <input type="checkbox"/> Grade5 <input type="checkbox"/> 不明 |
| 有害事象④ | 発現日 | (西暦) 年 月 日 |
| | CTCAEv5.0 名称 | |
| | CTCAEv5.0 最悪Grade | <input type="checkbox"/> Grade3 <input type="checkbox"/> Grade4 <input type="checkbox"/> Grade5 <input type="checkbox"/> 不明 |
| 有害事象⑤ | 発現日 | (西暦) 年 月 日 |
| | CTCAEv5.0 名称 | |
| | CTCAEv5.0 最悪Grade | <input type="checkbox"/> Grade3 <input type="checkbox"/> Grade4 <input type="checkbox"/> Grade5 <input type="checkbox"/> 不明 |

◆薬物療法（E P 前） 9 次治療

| | |
|------------------|---|
| 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 |
| 治療目的 | <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 | |
| レジメン名 | |
| 薬剤名（一般名）① | |
| 薬剤名（一般名）② | |
| 薬剤名（一般名）③ | |
| 薬剤名（一般名）④ | |
| 薬剤名（一般名）⑤ | |
| 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 | (西暦) 年 月 日 |
| 投与終了日 | (西暦) 年 月 日 |
| 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 |
| Grade3以上の有害事象の有無 | <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> 不明 |

有害事象

| | |
|-------|---|
| 有害事象① | 発現日 (西暦) 年 月 日 CTCAEv5.0 名称 CTCAEv5.0 最悪Grade <input type="checkbox"/> Grade3 <input type="checkbox"/> Grade4 <input type="checkbox"/> Grade5 <input type="checkbox"/> 不明 |
| 有害事象② | 発現日 (西暦) 年 月 日 CTCAEv5.0 名称 CTCAEv5.0 最悪Grade <input type="checkbox"/> Grade3 <input type="checkbox"/> Grade4 <input type="checkbox"/> Grade5 <input type="checkbox"/> 不明 |
| 有害事象③ | 発現日 (西暦) 年 月 日 CTCAEv5.0 名称 CTCAEv5.0 最悪Grade <input type="checkbox"/> Grade3 <input type="checkbox"/> Grade4 <input type="checkbox"/> Grade5 <input type="checkbox"/> 不明 |
| 有害事象④ | 発現日 (西暦) 年 月 日 CTCAEv5.0 名称 CTCAEv5.0 最悪Grade <input type="checkbox"/> Grade3 <input type="checkbox"/> Grade4 <input type="checkbox"/> Grade5 <input type="checkbox"/> 不明 |
| 有害事象⑤ | 発現日 (西暦) 年 月 日 CTCAEv5.0 名称 CTCAEv5.0 最悪Grade <input type="checkbox"/> Grade3 <input type="checkbox"/> Grade4 <input type="checkbox"/> Grade5 <input type="checkbox"/> 不明 |

◆薬物療法（E P 前） 10次治療

| | |
|------------------|---|
| 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 |
| 治療目的 | <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 | |
| レジメン名 | |
| 薬剤名（一般名）① | |
| 薬剤名（一般名）② | |
| 薬剤名（一般名）③ | |
| 薬剤名（一般名）④ | |
| 薬剤名（一般名）⑤ | |
| 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 | (西暦) 年 月 日 |
| 投与終了日 | (西暦) 年 月 日 |
| 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 |
| Grade3以上の有害事象の有無 | <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> 不明 |

有害事象

| | |
|-------|---|
| 有害事象① | 発現日 (西暦) 年 月 日 CTCAEv5.0 名称 CTCAEv5.0 最悪Grade <input type="checkbox"/> Grade3 <input type="checkbox"/> Grade4 <input type="checkbox"/> Grade5 <input type="checkbox"/> 不明 |
| 有害事象② | 発現日 (西暦) 年 月 日 CTCAEv5.0 名称 CTCAEv5.0 最悪Grade <input type="checkbox"/> Grade3 <input type="checkbox"/> Grade4 <input type="checkbox"/> Grade5 <input type="checkbox"/> 不明 |
| 有害事象③ | 発現日 (西暦) 年 月 日 CTCAEv5.0 名称 CTCAEv5.0 最悪Grade <input type="checkbox"/> Grade3 <input type="checkbox"/> Grade4 <input type="checkbox"/> Grade5 <input type="checkbox"/> 不明 |
| 有害事象④ | 発現日 (西暦) 年 月 日 CTCAEv5.0 名称 CTCAEv5.0 最悪Grade <input type="checkbox"/> Grade3 <input type="checkbox"/> Grade4 <input type="checkbox"/> Grade5 <input type="checkbox"/> 不明 |
| 有害事象⑤ | 発現日 (西暦) 年 月 日 CTCAEv5.0 名称 CTCAEv5.0 最悪Grade <input type="checkbox"/> Grade3 <input type="checkbox"/> Grade4 <input type="checkbox"/> Grade5 <input type="checkbox"/> 不明 |

看護情報提供書（紹介元⇒がんゲノム外来）※任意

| | | | | |
|--------|------|--|------|-------|
| 群大ID | フリガナ | | 生年月日 | 昭・平・令 |
| | 患者氏名 | | | 年 月 日 |
| キーパーソン | | | 続柄 | |

1. 主治医から患者・家族への病状・今後の治療・予後などの説明内容
2. 病状・今後の治療・予後についての患者・家族の捉え方
3. 患者・家族が療養生活で希望していること
4. がんゲノム外来を受診するにあたり、聞きたいことや気がかりなこと
5. その他（受診時に対応してほしいこと、配慮すべきことなど）

| | | | | |
|------|--------|--|------|--|
| 看護師名 | | | 所属部署 | |
| 連絡先 | 電話 | | FAX | |
| | E-mail | | | |

※本様式は他の必要書類と一緒に、追跡可能なレターパック等で送付してください。

■がん遺伝子パネル検査提出（組織検体検査）用チェックリスト

病理組織事前診断にて**適当**と判断されましたら、がん遺伝子パネル検査用の提出をお願いします。

| | |
|--------------|--|
| フリガナ 患者氏名 | |
|--------------|--|

| | | | |
|------|--|-------------|--|
| 病院名 | | | |
| 診療科 | | 担当医 | |
| 電話番号 | | メール (任意) | |

希望する検査

| | |
|--|--------------------------------|
| | OncoGuide™NCC オンコパネル システム |
| | FoundationOne® CDx がんゲノムプロファイル |

※ご希望がない場合は、FoundationOne® CDx で提出いたします。

検体情報 下記を漏れなくご記入ください

| | |
|---------------|---|
| 病理識別番号 | |
| 病理診断名（英語） | |
| 検体採取日 | 年 月 日 |
| 検体採取部位 | <input type="checkbox"/> 原発巣 <input type="checkbox"/> 転移巣 <input type="checkbox"/> 不明 |
| 具体的な採取部位（臓器名） | |
| 検体採取方法 | <input type="checkbox"/> 手術 <input type="checkbox"/> 生検 <input type="checkbox"/> その他 |
| 腫瘍含有率 | % 必ずご記入お願いします |

以下を確認し□にチェック【✓】を入れて下さい

- 病理組織事前診断の結果が**適当**である。
- 検体情報がすべて記入されている。
- 標本は病理組織事前診断で評価したものと同一である。
- がん遺伝子パネル検査用病理検体の提出について【参考資料 1】を基に、標本を作製している。
- 標本は、1枚のスライドに1切片のみとし、全て同一ブロックから薄切りされている。
- OncoGuide™NCC オンコパネルシステムに検査希望の場合、未染色標本 10枚すべてにマクロダイセクション（裏面にマーキング）が施行されている。
※マクロダイセクションが行われていない検体は、FoundationOne® CDx で提出いたします。

検査に必要な添付資料 以下を確認し□にチェック【✓】を入れてください

- HE 染色標本 1枚（非コーティングガラス使用） **返却不可**
- 未染色標本 10枚以上*（剥離防止コートスライドガラス使用） **返却不可**
*腫瘍含有率が20%以下の場合は、未染色標本は20枚以上での作製・提出をお願いします。
- 診療情報提供書
- 資料（実施された画像検査や血液検査など）
- C-CAT 入力情報【様式 5】
- 看護情報提供書（任意）【様式 6】
- がん遺伝子パネル検査提出（組織検体検査）用チェックリスト【様式 7-1】

※上記をすべて同封の上、追跡可能な方法（レターパックなど）で送付してください。

宛名ラベルとしてご利用ください。

ご郵送の際は、追跡可能な方法（レターパック等）でお願いしま
す。

〒371-8511

群馬県前橋市昭和町3-39-15

群馬大学医学部附属病院

先端医療開発センター（がんゲノム外来） 行

027-220-8347

取扱注意

がん遺伝子パネル検査用病理検体の提出について

(病理部 第3版)

2024年2月5日

群馬大学医学部附属病院

■ がん遺伝子パネル検査用の検体提出について

当院では、がん遺伝子パネル検査を行うために、二段階での検体の提出をお願いしております。

1. がんゲノム外来初診申し込み時、病理組織事前診断のために検体を提出して頂きます。

①病理組織事前 診断用の 検体提出

- HE 染色標本 1 枚
- 病理診断報告書
- 切り出し図（ある場合）
- 病理組織事前診断提出用チェックリスト

2. 当院で、検査に提出可能な検体かどうかを判定します。

- HE 染色標本の評価をします
- 病理組織事前診断連絡票にて適否を FAX で通知します

病理組織
事前診断

3. 病理組織事前診断で**適当**と判断後、がん遺伝子パネル検査用の検体を提出して頂きます。

②がん遺伝子 パネル 検査用の 検体提出

- HE 染色標本 1 枚
- 未染色標本 10 枚
- がん遺伝子パネル検査提出
（組織検体検査）用チェックリスト

4. 検査会社に提出します。

標本選択について

- 状態が良く、腫瘍領域の多い部位を選択してください。
- 腫瘍領域の表面面積が **5mm×5mm (25mm²) 以上**
(生検検体は特に注意してください)。
- なるべく新しく作製されたものを選択してください。
(作製後 3 年以内が望ましい)。
- 酸脱灰が行われていない検体を選択してください。
- 腫瘍領域に存在する全有核細胞のうち、少なくとも**腫瘍細胞 20%以上**であることが必要です。(標本の大きさに準拠した場合、20%以下では 20 枚以上の標本が必要になります。)

① 病理組織事前診断用の検体提出

がん遺伝子パネル検査用検体の提出前に、HE 染色標本を **1 枚**提出していただき、検体の適当・不適當の確認をします。病理診断報告書と切り出し図(ある場合)、病理組織事前診断提出用チェックリストの検体情報(※1)を必ずご記入の上、一緒にご提出ください。また、関係書類もご同封の上、追跡可能な方法(レターパック等)でご送付ください。

なお、検体の適否評価後、HE 染色標本は返却いたしません。

検体情報(※1)

- 病理識別番号：
- 検体採取日：(西暦) 年 月 日
- 検体採取部位：原発巣 転移巣 不明
- 具体的な採取部位(臓器名)：
- 検体採取方法：手術 生検 その他
- 腫瘍含有率：

② がん遺伝子パネル検査用の検体提出

病理組織事前診断で「**適当**」と判断されたのち、がん遺伝子パネル検査へ提出用の検体を提出していただきます。「**不適当**」の場合は、病理組織事前診断にもう一度検体を提出するか、がん遺伝子パネル検査の申し込みをするか否かの判断をお願いいたします。場合により、検査方法についてご相談いただくことも可能です。

検体提出時は、がん遺伝子パネル検査提出（組織検体検査）用チェックリストの検体情報（※1）を必ずご記入の上、一緒にご提出願います。また、関係書類もご同封の上、追跡可能な方法（レターパック等）でご送付ください。

なお、検査検体提出後、HE染色標本と未染色標本は返却いたしません。

■ がん遺伝子パネル検査提出用検体：腫瘍組織（FFPE）

- HE染色標本 **1枚**：非コーティングガラス使用。
- 未染色標本 **10枚**（4～5μm厚さ）：剥離防止コートスライドガラス使用。

伸展・乾燥のための加熱は避け、常温で管理してください。

※HE染色標本及び未染色標本の**合計 11枚**は、全てスライドガラスのラベル部分に貴施設の病理番号（枝番含む）を鉛筆で記入して下さい。

- **1枚のスライドには、1つの切片のみとし、全て同一のブロックから薄切してください。**
1枚のスライドに複数の切片が載っている場合、検査に提出できません。

（基本的には、1スライドに1切片ですが、針生検検体の場合は、一つのブロックに同時に採取した複数のコアが包埋した標本でも提出可能です。）

- 検体を提出する検査会社によって、標本の作製が異なります。

OncoGuide™NCC オンコパネルシステムでの検査希望の場合は、マクロダイセクション（裏面にマーキング）が必要となります。未染色標本 10枚すべてにマクロダイセクションを実施してください。また、マクロダイセクションを行った上で、腫瘍含有率が 20%以上になるようお願いいたします。

FoundationOne® CDxでの検査では、マクロダイセクションは必要ありません。

マクロダイセクションのない標本については、すべて FoundationOne[®] CDx での検査提出となります。あらかじめご了承ください。

■ 注意事項

① 選択するブロックについて

病理組織事前診断に提出した HE 標本のブロックと同様のものを使用してください。

② 未染色標本の作製について

ゲノム診療用病理組織検体取扱い規程 (https://pathology.or.jp/genome_med/) に準じて行ってください。

- マスクとグローブを着用してください。
- 薄切前にミクロトームの周囲、ミクロトームと替刃ホルダー、すくい用水桶を清掃してください。
- 替刃は新しいものを使用してください。
- 切りくず掃き用の筆によるコンタミネーションに注意してください。
- パネル検査提出用切片 (5μm) はコーティングガラスを使用してください。
- パネル検査提出用切片 (5μm) は伸展、乾燥のための加熱は行わないで下さい。
- 酸脱灰を行ったブロックは使用できません。
- 未染色標本はスライドケースに入れてお送りください。(返却いたしません)
- 複数のブロックを薄切する場合、ブロックごとに清掃等を行ってください。

③ 検体の再提出について

- 病理組織事前診断にて不適當の場合は、未染色標本の作製を再度依頼する場合があります。診断医と相談の上ご提出お願いします。
- がん遺伝子パネル検査に提出後でも、抽出した DNA の品質に問題があった場合、未染色標本の再提出をお願いする場合があります。

※提出された HE 染色標本と未染色標本は返却いたしません。

④ 検体の大きさと提出標本の枚数について

- 通常の場合、未染色標本は必ず10枚送ってください。未染色標本を10枚用意できない場合、メーカーが検査を受け付けてくれません。

※腫瘍細胞含有率が20%以下での提出は、未染色標本を20枚以上作製してください。

- 生検検体などの小さい検体で、腫瘍領域の表面積が5mm×5mm（25mm²）以下が予想される場合、未染色標本を10枚以上作製してください。（合計体積が1mm³以上が目安です。枚数の上限はありません）

これらの条件が満たされないと、検査の続行できない場合、あるいは検査を実施しても信頼できる結果が得られない場合が生じ得ますのでご注意ください。

- 十分量のDNAが得られない場合、検査会社から検査を継続するか問い合わせがある事があります。その場合、検査継続可否について担当医の方に連絡を差し上げますので、ご対応をお願いいたします。

各検査会社の説明ガイド

- FoundationOne[®] CDx の検体作製基準について

URL : <https://chugai-pharm.jp/content/dam/chugai/product/f1t/cdx/f1tcdx-quality/doc/F1TCDx-Quality.pdf>

- OncoGuide[™] NCC オンコパネルシステムの検体作製条件について

URL :

<https://products.sysmex.co.jp/products/genetic/AK401170/inspectioninformation.htm>

↓

【提出検体に関するお問い合わせ先】

群馬大学医学部附属病院 病理部 伊古田勇人

病理部 栗原 康哲

電話 027-220-8712