

群馬大学医学部附属病院  
先端医療開発センター 宛  
TEL 027-220-8347

<発信医療機関>

所在地

名称

TEL

FAX

診療科

医師名

○サンプル検体を確認後1~2週間で  
検体の適否をFAXにてご連絡致します

連絡担当者名

## がんゲノム外来 申込書

申込日	年 月 日						
フリガナ			性別	男・女	生年月日	昭和・平成・令和	
氏名	旧姓					年 月 日	
住所	〒			電話番号	( ) -		
				携帯番号			
保険者番号		区分	本人・家族	公費負担者番号			
記号・番号	・			公費受給者番号			
資格取得日			割合	割合	有効期限	～	
群大病院受診歴	有 ( 年前) ・ 無 ・ 不明 (群大ID: )				労災認定	有 ・ 無	
貴院に入院中ですか はい ( 月 日退院予定) ・ いいえ							

※本様式は医療機関が記入し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。

※がんゲノム外来 13:00~15:00 月曜日・火曜日のみ  
(予約日が決まりましたら、当院から紹介元病院に連絡いたします)

## ■ 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"/> 脾 <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+)
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		
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） 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(Liquid 検査)用チェックリスト

検査選択フローにて適当と判断されましたら、がん遺伝子パネル検査 (Liquid 検査) 用の提出をお願いいたします。

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

<input type="checkbox"/>	FoundationOne <sup>®</sup> Liquid CDx がんゲノムプロファイル
<input type="checkbox"/>	GUARDANT360 <sup>®</sup> CDx がん遺伝子パネル

※ご希望がない場合は、当院で判断し提出いたします。

### 以下を確認しにチェック【】を入れて下さい

- 患者ががん遺伝子パネル検査の適応を満たしている。
- 病理検体が3~5年以上経過している。また、侵襲的な場合などにより、腫瘍組織検体の再採取が不可能である。
- 検査提出までの1か月間、化学療法の休薬が可能である。(休薬期間について当院から問い合わせることがあります。)
- 現在の治療が奏効していない。
- 脳転移が画像上認められない。(検査方法は問わず)
- FoundationOne<sup>®</sup> Liquid CDx 検査で得られる結果においては、治験情報が少なくなる場合があることを説明している。(MSI や TMB については保険適応外のため、変異の結果が出ててもこれらに関する治験情報は提供されない。)
- 以上のチェック項目がすべて満たしている。  
(チェック項目が満たされない場合は、がん遺伝子パネル検査への申し込みを再検討  
お願いします。)

**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。**

---

- がんゲノム外来 申込書 【様式 1】
- 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(Liquid 検査)用チェックリスト【様式 7-2】

**※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