

■がん遺伝子パネル検査提出（FFPE）用チェックリスト

病院名			
診療科		担当医	

基本情報

フリガナ 患者氏名			
性別	男性	女性	
生年月日・年齢	西暦	年	月 日 歳
臨床診断	※ WHO 分類を用いて正確にご記載ください		
末梢血/骨髄塗沫標本所見 (疾患が悪性リンパ腫であり骨髄浸潤がない場合は省略可)	(自由記載、もしくは紹介状に塗沫所見・病理所見を添付)		
FCM	(自由記載、もしくは紹介状に直近の FCM を添付)		
G-band	(自由記載、もしくは紹介状に直近の G-band を添付)		
診断時血算 (白血球分画、網赤血球含む)	紹介状に添付をお願いします		
診断時骨髄	紹介状に、塗沫所見、病理所見の添付をお願いします		

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	_____ % ※ 必ずご記載ください。 ※ MDS、MPN では 100%とご記載ください。
FFPE の場合 RNA が品質不良で検査できない可能性があります。その場合の継続処理について、下記のいずれか 1 つを選択してください。 <input type="checkbox"/> 検体取り直し・追加で再検査 <input type="checkbox"/> DNA のみで検査実施（RNA が Fail 時） <input type="checkbox"/> 検体の再提出はせずに検査中止	

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。
- 入院中の患者ではない。
- 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。

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

- 未染色標本 **20枚**（剥離防止コートスライドガラス使用） **返却不可**
- 病理診断報告書
- 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（血液がん）【様式 19】
- 看護情報提供書（任意）【様式 6】
- がん遺伝子パネル検査提出（FFPE）用チェックリスト【様式 17-1】

※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。

C-CAT入力情報（血液がん）

【 患者基本情報 】 ※ 全患者共通

貴施設名	
患者名	
担当医名	
性別	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女
生年月日	西暦 年 月 日
年齢	歳
これまでC-CATへの登録の有無	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> 不明
→過去の登録がある場合 過去の登録ID（10桁）	※重複がんや別施設による再検査の場合 例) EC00000523
症例関係区分	<input type="checkbox"/> 重複がん <input type="checkbox"/> 前医からの転院フォロー <input type="checkbox"/> 前医実施後再検査 <input type="checkbox"/> その他 ()
小児がん等	<input type="checkbox"/> 該当しない <input type="checkbox"/> 該当する
がん種区分第1～7階層	Haematopoietic (WHO_HP)

【 患者背景情報 】 ※ 全患者共通

病理診断名	
診断日	西暦 年 月 日 ※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をご記載ください。
喫煙歴の有無	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> 不明
喫煙年数	喫煙年数 年
1日の本数	1日 本
アルコール多飲の有無 ※(注)表 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
重複がんの有無	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり → (<input type="checkbox"/> 活動性 <input type="checkbox"/> 非活動性 <input type="checkbox"/> 不明) <input type="checkbox"/> 不明
重複がんの詳細	<input type="checkbox"/> 固形がん <input type="checkbox"/> 血液がん <input type="checkbox"/> 不明
重複がんの発症年齢	歳
重複がんの部位 (固形がん) ※がん種区分がん種リスト 参照	<input type="checkbox"/> 中枢神経系/脳 <input type="checkbox"/> 末梢神経系 <input type="checkbox"/> 頭頸部 <input type="checkbox"/> 眼 <input type="checkbox"/> 甲状腺 <input type="checkbox"/> 肺 <input type="checkbox"/> 胸膜 <input type="checkbox"/> 胸腺 <input type="checkbox"/> 乳房 <input type="checkbox"/> 食道/胃 <input type="checkbox"/> 腸 <input type="checkbox"/> ファーター膨大部 (ファーター乳頭部) <input type="checkbox"/> 腹膜 <input type="checkbox"/> 肝臓 <input type="checkbox"/> 胆道 <input type="checkbox"/> 脾臓 <input type="checkbox"/> 副腎 <input type="checkbox"/> 腎臓 <input type="checkbox"/> 膀胱/尿路 <input type="checkbox"/> 卵巣/卵管 <input type="checkbox"/> 子宮 <input type="checkbox"/> 子宮頸部 <input type="checkbox"/> 外陰部/膣 <input type="checkbox"/> 前立腺 <input type="checkbox"/> 精巣 <input type="checkbox"/> 陰茎 <input type="checkbox"/> 皮膚 <input type="checkbox"/> 軟部組織 <input type="checkbox"/> 骨 <input type="checkbox"/> リンパ球系 <input type="checkbox"/> 骨髄 <input type="checkbox"/> 原発不明 <input type="checkbox"/> その他 ()
重複がんの診断名 (血液がん) ※造血器腫瘍の疾患分類を参照	()
治療関連腫瘍 (パネルの対象となった造血器腫瘍 の原因として、重複がんに対する治 療が関連しているか)	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> 不明
治療関連腫瘍に該当する場合、 重複がんに対する治療	<input type="checkbox"/> 放射線治療 <input type="checkbox"/> 化学療法 <input type="checkbox"/> 放射線療法 <input type="checkbox"/> いずれもなし
先行疾患の有無	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> 不明
先行疾患の詳細 ※先行疾患ありの場合	<input type="checkbox"/> 血液がん (病型移行) <input type="checkbox"/> 小児基礎疾患 <input type="checkbox"/> 再生不良性貧血 <input type="checkbox"/> 不明
先行疾患が血液がん の場合の診断名 ※造血器腫瘍の疾患分類を参照	()
先行疾患が小児基礎疾患 の場合の診断名	()

がんの家族歴	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> 不明
	※『有』の場合、続柄・がん種・罹患年齢を記載してください。→例：母、乳がん、50歳

※アルコール多飲(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。

(注)主な酒類の換算の目安

お酒の種類	ビール	清酒	ウイスキー・ブランデー	焼酎(35度)	ワイン
	中瓶3本 500ml/本	3合 180ml/合	ダブル3杯 60ml/杯	1合 180ml/合	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

※上記「健康日本21(アルコール)」より引用改変。厚生労働省ホームページ

【 がん種情報 AML MDS MPN CML 】

※ 該当するがん種のシートをご入力ください。

※ ご不明な点は、がんゲノム医療コーディネーターにご連絡ください

入力必須	末梢血検査	診断のために行った末梢血検査の検体採取時のデータ			
	検体採取日（末梢血検査）	西暦	年	月	日
	白血球		×10 ³ /μL	<input type="checkbox"/>	不明
	芽球		%	<input type="checkbox"/>	不明
	異型リンパ球		%	<input type="checkbox"/>	不明
	好中球		%	<input type="checkbox"/>	不明
	好酸球		%	<input type="checkbox"/>	不明
	赤芽球		%	<input type="checkbox"/>	不明
	骨髄球		%	<input type="checkbox"/>	不明
	単球		%	<input type="checkbox"/>	不明
	赤血球		×10 ⁴ /μL	<input type="checkbox"/>	不明
	ヘモグロビン		g/dL	<input type="checkbox"/>	不明
	血小板		×10 ⁴ /μL	<input type="checkbox"/>	不明
網状赤血球		%	<input type="checkbox"/>	不明	

入力必須	骨髄検査	診断のために行った骨髄検査の検体採取時のデータ			
	検体採取日（骨髄検査）	西暦	年	月	日
	骨髄生検の有無	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/>	不明
	骨髄生検・細胞密度	<input type="checkbox"/> 過形成	<input type="checkbox"/> 正形性	<input type="checkbox"/> 低形成	<input type="checkbox"/> 不明
	骨髄生検・繊維化	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/>	不明
	骨髄系・異形成	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/>	不明
	赤芽球・異形成	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/>	不明
	巨核芽球・異形成	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/>	不明
	有核細胞数		×10 ⁴ /μL	<input type="checkbox"/>	不明
	巨核球数		/mL	<input type="checkbox"/>	不明
芽球・腫瘍細胞		%	<input type="checkbox"/>	不明	

入力必須	ウイルス感染			
	HTLV-1	<input type="checkbox"/> 陽性	<input type="checkbox"/> 陰性	<input type="checkbox"/> 未確認
	HTLV-1の確認方法	<input type="checkbox"/> 抗体検査	<input type="checkbox"/> サザンブロット	<input type="checkbox"/> 未確認 <input type="checkbox"/> その他
	HIV	<input type="checkbox"/> 陽性	<input type="checkbox"/> 陰性	<input type="checkbox"/> 不明

須

HBV

陽性

陰性

既感染

未確認

	HCV	<input type="checkbox"/> 陽性	<input type="checkbox"/> 陰性	<input type="checkbox"/> 未確認
--	-----	-----------------------------	-----------------------------	------------------------------

該当する1疾患のチェックボックスを入力	MDS・MPN						
	IPSS-R (MDS)	<input type="checkbox"/> Very Low	<input type="checkbox"/> Low	<input type="checkbox"/> Intermediate	<input type="checkbox"/> High	<input type="checkbox"/> Very High	<input type="checkbox"/> 不明
	赤血球輸血依存	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> 不明			
	血小板輸血依存	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> 不明			
	AML						
	FAB分類	<input type="checkbox"/> M 0	<input type="checkbox"/> M 1	<input type="checkbox"/> M 2	<input type="checkbox"/> M 3	<input type="checkbox"/> M 4	<input type="checkbox"/> M 5
		<input type="checkbox"/> M 6	<input type="checkbox"/> M 7	<input type="checkbox"/> 不明			
	MPN						
	脾腫	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> 不明			
	骨髄検査・繊維化	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> 不明			
	CML						
	病期	<input type="checkbox"/> CP	<input type="checkbox"/> AP	<input type="checkbox"/> BP	<input type="checkbox"/> 不明		

	骨髄系 (遺伝子)						
	遺伝子検査の有無	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> 不明			
	遺伝子検査実施組織	<input type="checkbox"/> 骨髄	<input type="checkbox"/> リンパ節	<input type="checkbox"/> 末梢血	<input type="checkbox"/> その他	<input type="checkbox"/> 不明	
	遺伝子検査の種類	<input type="checkbox"/> G分染法	<input type="checkbox"/> FISH	<input type="checkbox"/> PCR (キメラ遺伝子)	<input type="checkbox"/> PCR (キメラ遺伝子)		
		<input type="checkbox"/> サザンプロット	<input type="checkbox"/> その他	<input type="checkbox"/> 不明			
	t(15;17)(q24;q21) PML/RARA	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> 不明			
	t(8;21)(q22;q22) RUNX1/RUNX1T1	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> 不明			
	inv(16)(p13.1q22) CBFB/MYH11	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> 不明			
	t(3;21)(q26;q22) RUNX1/MECOM	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> 不明			
	t(6;9)(p22;q34) DEK/NUP214	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> 不明			
	t(9;11)(p21;q23) MLLT3/KMT2A	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> 不明			
	t(6;11)(q27;q23) AFDN/KMT2A	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> 不明			
t(11;19)(q23;p13.3) KMT2A/MLLT1	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> 不明				

入力必須

t(4;11)(q21;q23) KMT2A/AFF1	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> 不明
t(11;16)(q23.3;p13.3) KMT2A/CREBBP	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> 不明
MLL 転座(11q23)転座	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> 不明
t(1;19)(q23;p13) TCF3/PBX1	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> 不明
inv(3)(q21.3q26.2), t(3;3)(q21.3;q26.2) RPN1, MECOM	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> 不明
ABL1 変異	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> 不明
FIP1L1/PDGFR	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> 不明
FLT3-ITD	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> 不明
FLT3-TKD	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> 不明
NPM1 変異	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> 不明
CSF3R 変異	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> 不明
IDH1 変異	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> 不明
IDH2 変異	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> 不明
JAK2 変異	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> 不明
MPL 変異	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> 不明
CALR 変異	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> 不明
KIT 変異	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> 不明
TP53 変異	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> 不明
-5/del(5q)	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> 不明
-7/del(7q)	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> 不明
+8	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> 不明
del(20q)	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> 不明
+12	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> 不明
del(17p)	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> 不明

入力必須

骨髄系 (表面マーカー)	
細胞表面マーカーまたは 病理組織免疫染色の有無	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> 不明
細胞表面マーカーまたは 病理組織免疫染色実施組織	<input type="checkbox"/> 骨髄 <input type="checkbox"/> リンパ節 <input type="checkbox"/> 末梢血 <input type="checkbox"/> その他 <input type="checkbox"/> 不明
CD33	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> 不明

【 がん種情報 ALL AUL 】

※ 該当するがん種のシートをご入力ください。

※ ご不明な点は、がんゲノム医療コーディネーターにご連絡ください

	末梢血検査	診断のために行った末梢血検査の検体採取時のデータ			
	検体採取日（末梢血検査）	西暦	年	月	日
入力必須	白血球		×10 ³ /μL	<input type="checkbox"/>	不明
	芽球		%	<input type="checkbox"/>	不明
	異型リンパ球		%	<input type="checkbox"/>	不明
	好中球		%	<input type="checkbox"/>	不明
	好酸球		%	<input type="checkbox"/>	不明
	赤芽球		%	<input type="checkbox"/>	不明
	骨髄球		%	<input type="checkbox"/>	不明
	単球		%	<input type="checkbox"/>	不明
	赤血球		×10 ⁴ /μL	<input type="checkbox"/>	不明
	ヘモグロビン		g/dL	<input type="checkbox"/>	不明
	血小板		×10 ⁴ /μL	<input type="checkbox"/>	不明
	網状赤血球		%	<input type="checkbox"/>	不明

	骨髄検査	診断のために行った骨髄検査の検体採取時のデータ			
	検体採取日（骨髄検査）	西暦	年	月	日
入力必須	骨髄生検の有無	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> 不明	
	骨髄生検・細胞密度	<input type="checkbox"/> 過形成	<input type="checkbox"/> 正形性	<input type="checkbox"/> 低形成	<input type="checkbox"/> 不明
	骨髄生検・繊維化	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> 不明	
	骨髄系・異形成	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> 不明	
	赤芽球・異形成	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> 不明	
	巨核芽球・異形成	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> 不明	
	有核細胞数		×10 ⁴ /μL	<input type="checkbox"/>	不明
	巨核球数		/mL	<input type="checkbox"/>	不明
	芽球・腫瘍細胞		%	<input type="checkbox"/>	不明

	ウイルス感染				
	HTLV-1	<input type="checkbox"/> 陽性	<input type="checkbox"/> 陰性	<input type="checkbox"/> 未確認	
HTLV-1の確認方法	<input type="checkbox"/> 抗体検査	<input type="checkbox"/> サザンロット	<input type="checkbox"/> 未確認	<input type="checkbox"/> その他	

入力

必須	HIV	<input type="checkbox"/> 陽性	<input type="checkbox"/> 陰性	<input type="checkbox"/> 不明
	HBV	<input type="checkbox"/> 陽性	<input type="checkbox"/> 陰性	<input type="checkbox"/> 既感染 <input type="checkbox"/> 未確認
	HCV	<input type="checkbox"/> 陽性	<input type="checkbox"/> 陰性	<input type="checkbox"/> 未確認

入力必須	ALL・AUL (髄外病変)			
	縦隔腫瘍	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> 不明
	中枢神経浸潤	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> 不明
	清掃浸潤	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> 不明

入力必須	ALL (遺伝子)			
	遺伝子検査の有無	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> 不明
	遺伝子検査実施組織	<input type="checkbox"/> 骨髄	<input type="checkbox"/> リンパ節	<input type="checkbox"/> 末梢血 <input type="checkbox"/> その他 <input type="checkbox"/> 不明
	遺伝子検査の種類	<input type="checkbox"/> G分染法 <input type="checkbox"/> FISH <input type="checkbox"/> PCR (キメラ遺伝子) <input type="checkbox"/> PCR (キメラ遺伝子)	<input type="checkbox"/> サザンブロット	<input type="checkbox"/> その他 <input type="checkbox"/> 不明
	高二倍体(>染色体 50 本)	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> 不明
	一倍体(染色体 24-31 本)	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> 不明
	低二倍体(染色体 32-44 本)	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> 不明
	iAMP21	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> 不明
	t(12;21):ETV6-RUNX1	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> 不明
	t(1;19):TCF3-PBX1	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> 不明
	t(9;22):BCR-ABL1	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> 不明
KMT2A (MLL) 再構成	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> 不明	

入力必須	ALL (表面マーカー)			
	細胞表面マーカーまたは病理組織免疫染色の有無	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> 不明
	細胞表面マーカーまたは病理組織免疫染色実施組織	<input type="checkbox"/> 骨髄	<input type="checkbox"/> リンパ節	<input type="checkbox"/> 末梢血 <input type="checkbox"/> その他 <input type="checkbox"/> 不明
	CD19	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> 不明
	CD20	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> 不明
	CD22	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> 不明

【 がん種情報 HL 】

※ 該当するがん種のシートをご入力ください。

※ ご不明な点は、がんゲノム医療コーディネーターにご連絡ください

	末梢血検査	診断のために行った末梢血検査の検体採取時のデータ			
	検体採取日（末梢血検査）	西暦	年	月	日
入力必須	白血球		×10 ³ /μL	<input type="checkbox"/>	不明
	芽球		%	<input type="checkbox"/>	不明
	異型リンパ球		%	<input type="checkbox"/>	不明
	好中球		%	<input type="checkbox"/>	不明
	好酸球		%	<input type="checkbox"/>	不明
	赤芽球		%	<input type="checkbox"/>	不明
	骨髄球		%	<input type="checkbox"/>	不明
	単球		%	<input type="checkbox"/>	不明
	赤血球		×10 ⁴ /μL	<input type="checkbox"/>	不明
	ヘモグロビン		g/dL	<input type="checkbox"/>	不明
	血小板		×10 ⁴ /μL	<input type="checkbox"/>	不明
	網状赤血球		%	<input type="checkbox"/>	不明

	骨髄検査	診断のために行った骨髄検査の検体採取時のデータ			
	検体採取日（骨髄検査）	西暦	年	月	日
入力必須	骨髄生検の有無	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> 不明	
	骨髄生検・細胞密度	<input type="checkbox"/> 過形成	<input type="checkbox"/> 正形性	<input type="checkbox"/> 低形成	<input type="checkbox"/> 不明
	骨髄生検・繊維化	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> 不明	
	骨髄系・異形成	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> 不明	
	赤芽球・異形成	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> 不明	
	巨核芽球・異形成	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> 不明	
	有核細胞数		×10 ⁴ /μL	<input type="checkbox"/>	不明
	巨核球数		/mL	<input type="checkbox"/>	不明
	芽球・腫瘍細胞		%	<input type="checkbox"/>	不明

	ウイルス感染				
	HTLV-1	<input type="checkbox"/> 陽性	<input type="checkbox"/> 陰性	<input type="checkbox"/> 未確認	
入力	HTLV-1の確認方法	<input type="checkbox"/> 抗体検査	<input type="checkbox"/> サザンロット	<input type="checkbox"/> 未確認	<input type="checkbox"/> その他

必須	HIV	<input type="checkbox"/> 陽性	<input type="checkbox"/> 陰性	<input type="checkbox"/> 不明	
	HBV	<input type="checkbox"/> 陽性	<input type="checkbox"/> 陰性	<input type="checkbox"/> 既感染	<input type="checkbox"/> 未確認
	HCV	<input type="checkbox"/> 陽性	<input type="checkbox"/> 陰性	<input type="checkbox"/> 未確認	

入力必須	HL					
	GHSB	<input type="checkbox"/> Early	<input type="checkbox"/> Intermediate	<input type="checkbox"/> Advanced	<input type="checkbox"/> 不明	
	巨大縦隔腫瘍 (胸郭横径比 $\geq 1/3$)	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> 不明		
	血沈亢進(mm/h) ≥ 30 (B)または ≥ 50 (A)	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> 不明		
	病変(リンパ節領域)数 ≥ 3 個	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> 不明		
IPS	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
	<input type="checkbox"/> 6	<input type="checkbox"/> 7	<input type="checkbox"/> 不明			

入力必須	生化学検査	診断のために行った生化学検査の検体採取時のデータ			
	検体採取日(末梢血検査)	西暦	年	月	日
	Ca		mg/dL	<input type="checkbox"/> 不明	施設上限値:
	LDH		U/L	<input type="checkbox"/> 不明	施設上限値:
	BUN		mg/dL	<input type="checkbox"/> 不明	施設上限値:
	Alb		g/dL	<input type="checkbox"/> 不明	施設上限値:
	siL-2R		U/mL	<input type="checkbox"/> 不明	施設上限値:
B2MG		mg/L	<input type="checkbox"/> 不明	施設上限値:	

入力必須	遺伝子検査	診断時に行った遺伝子検査の検体採取時のデータ				
	遺伝子検査の有無	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> 不明		
	遺伝子検査実施組織	<input type="checkbox"/> 骨髄	<input type="checkbox"/> リンパ節	<input type="checkbox"/> 末梢血	<input type="checkbox"/> その他	<input type="checkbox"/> 不明
	遺伝子検査の種類	<input type="checkbox"/> G分染法	<input type="checkbox"/> FISH	<input type="checkbox"/> PCR(キメラ遺伝子)	<input type="checkbox"/> PCR(キメラ遺伝子)	
		<input type="checkbox"/> サザンブロット	<input type="checkbox"/> その他	<input type="checkbox"/> 不明		
	t(14;18):IGH-BCL2	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> 不明		
	t(8;14):IGH-MYC	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> 不明		
8q24 split:MYC	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> 不明			
3q27 split:BCL6	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> 不明			

	t(11;14):IGH-CCND1	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> 不明
	18q21 split: MALT1	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> 不明
	2q23 split:ALK	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> 不明
	del(17p):TP53	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> 不明

入力必須	表面マーカー					
	細胞表面マーカーまたは 病理組織免疫染色の有無	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> 不明		
	細胞表面マーカーまたは 病理組織免疫染色実施組織	<input type="checkbox"/> 骨髄	<input type="checkbox"/> リンパ節	<input type="checkbox"/> 末梢血	<input type="checkbox"/> その他	<input type="checkbox"/> 不明
	CD19	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> 不明		
	CD20	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> 不明		
	CD25	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> 不明		
	CD30	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> 不明		
CCR4	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> 不明			

【 がん種情報 B-cell lymphoma 】

※ 該当するがん種のシートをご入力ください。

※ ご不明な点は、がんゲノム医療コーディネーターにご連絡ください

	末梢血検査	診断のために行った末梢血検査の検体採取時のデータ			
	検体採取日（末梢血検査）	西暦	年	月	日
入力必須	白血球		×10 ³ /μL	<input type="checkbox"/>	不明
	芽球		%	<input type="checkbox"/>	不明
	異型リンパ球		%	<input type="checkbox"/>	不明
	好中球		%	<input type="checkbox"/>	不明
	好酸球		%	<input type="checkbox"/>	不明
	赤芽球		%	<input type="checkbox"/>	不明
	骨髄球		%	<input type="checkbox"/>	不明
	単球		%	<input type="checkbox"/>	不明
	赤血球		×10 ⁴ /μL	<input type="checkbox"/>	不明
	ヘモグロビン		g/dL	<input type="checkbox"/>	不明
	血小板		×10 ⁴ /μL	<input type="checkbox"/>	不明
	網状赤血球		%	<input type="checkbox"/>	不明

	骨髄検査	診断のために行った骨髄検査の検体採取時のデータ			
	検体採取日（骨髄検査）	西暦	年	月	日
入力必須	骨髄生検の有無	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> 不明	
	骨髄生検・細胞密度	<input type="checkbox"/> 過形成	<input type="checkbox"/> 正形性	<input type="checkbox"/> 低形成	<input type="checkbox"/> 不明
	骨髄生検・繊維化	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> 不明	
	骨髄系・異形成	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> 不明	
	赤芽球・異形成	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> 不明	
	巨核芽球・異形成	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> 不明	
	有核細胞数		×10 ⁴ /μL	<input type="checkbox"/>	不明
	巨核球数		/mL	<input type="checkbox"/>	不明
	芽球・腫瘍細胞		%	<input type="checkbox"/>	不明

	ウイルス感染				
	HTLV-1	<input type="checkbox"/> 陽性	<input type="checkbox"/> 陰性	<input type="checkbox"/> 未確認	
HTLV-1の確認方法	<input type="checkbox"/> 抗体検査	<input type="checkbox"/> サザンブロット	<input type="checkbox"/> 未確認	<input type="checkbox"/> その他	

必須	HIV	<input type="checkbox"/> 陽性	<input type="checkbox"/> 陰性	<input type="checkbox"/> 不明	
	HBV	<input type="checkbox"/> 陽性	<input type="checkbox"/> 陰性	<input type="checkbox"/> 既感染	<input type="checkbox"/> 未確認
	HCV	<input type="checkbox"/> 陽性	<input type="checkbox"/> 陰性	<input type="checkbox"/> 未確認	

入力必須	NHL					
	Lugano (Ann Arbor) 分類病期	<input type="checkbox"/> stage I	<input type="checkbox"/> stage II	<input type="checkbox"/> stage III	<input type="checkbox"/> stage IV	<input type="checkbox"/> 不明
	B症状 (B)	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> 不明		
	Bulky 病変 (X)	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> 不明		
	隣接節外病変 (E)	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> 不明		
	Lugano (消化管原発) 分類病期	<input type="checkbox"/> stage I	<input type="checkbox"/> stage II	<input type="checkbox"/> stage III	<input type="checkbox"/> stage IV	<input type="checkbox"/> 不明
	節外病変	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> 不明		
	節外病変数 ≥ 2 個	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> 不明		
	節外病変(骨髄)の有無	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> 不明		
	節外病変(CNS)の有無	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> 不明		
	節外病変(肝臓/消化管)の有無	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> 不明		
	節外病変(肺)の有無	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> 不明		
	節外病変(腎臓)の有無	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> 不明		
	節外病変(副腎)の有無	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> 不明		
	節外病変(乳房)の有無	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> 不明		
	節外病変(精巣)の有無	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> 不明		
	節外病変(眼窩)の有無	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> 不明		
	節外病変(副鼻腔)の有無	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> 不明		
	節外病変(末梢血)の有無	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> 不明		
	IPI	<input type="checkbox"/> Low	<input type="checkbox"/> Low Int	<input type="checkbox"/> High Int	<input type="checkbox"/> High	<input type="checkbox"/> 不明

	DLBCL					
	NCCN-IPI	<input type="checkbox"/> Low	<input type="checkbox"/> Low Int	<input type="checkbox"/> High Int	<input type="checkbox"/> High	<input type="checkbox"/> 不明
	FL					

該当する1疾患のチェックボックスを入力

FLIPI2	<input type="checkbox"/> Low	<input type="checkbox"/> Intermediate	<input type="checkbox"/> High	<input type="checkbox"/> 不明		
最大のリンパ節病変の長径>6cm	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> 不明			
腫瘍量 (GELF基準)	<input type="checkbox"/> 高腫瘍量	<input type="checkbox"/> 低腫瘍量	<input type="checkbox"/> 不明			
MCL						
Simplified MIPI	<input type="checkbox"/> Low	<input type="checkbox"/> Intermediate	<input type="checkbox"/> High	<input type="checkbox"/> 不明		
MALT						
MALT-IPI	<input type="checkbox"/> Low	<input type="checkbox"/> Intermediate	<input type="checkbox"/> High	<input type="checkbox"/> 不明		
WM・LPL						
ISSWM	<input type="checkbox"/> Low	<input type="checkbox"/> Intermediate	<input type="checkbox"/> High	<input type="checkbox"/> 不明		
CLL						
Rai分類	<input type="checkbox"/> stage 0	<input type="checkbox"/> stage 1	<input type="checkbox"/> stage 2	<input type="checkbox"/> stage 3	<input type="checkbox"/> stage 4	<input type="checkbox"/> 不明
Binet分類	<input type="checkbox"/> stage A	<input type="checkbox"/> stage B	<input type="checkbox"/> stage C	<input type="checkbox"/> 不明		
IGHV変異の有無	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> 不明			
CLL-IPI	<input type="checkbox"/> Low	<input type="checkbox"/> Intermediate	<input type="checkbox"/> High	<input type="checkbox"/> Very High	<input type="checkbox"/> 不明	

入力必須	生化学検査	診断のために行った生化学検査の検体採取時のデータ				
	検体採取日 (末梢血検査)	西暦	年	月	日	
	Ca		mg/dL	<input type="checkbox"/> 不明	施設上限値:	
	LDH		U/L	<input type="checkbox"/> 不明	施設上限値:	
	BUN		mg/dL	<input type="checkbox"/> 不明	施設上限値:	
	Alb		g/dL	<input type="checkbox"/> 不明	施設上限値:	
	siL-2R		U/mL	<input type="checkbox"/> 不明	施設上限値:	
	B2MG		mg/L	<input type="checkbox"/> 不明	施設上限値:	

	遺伝子検査	診断時に行った遺伝子検査の検体採取時のデータ				
	遺伝子検査の有無	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> 不明		
	遺伝子検査実施組織	<input type="checkbox"/> 骨髄	<input type="checkbox"/> リンパ節	<input type="checkbox"/> 末梢血	<input type="checkbox"/> その他	<input type="checkbox"/> 不明
遺伝子検査の種類	<input type="checkbox"/> G分染法	<input type="checkbox"/> FISH	<input type="checkbox"/> PCR (キメラ遺伝子)	<input type="checkbox"/> PCR (キメラ遺伝子)		

入力必須	遺伝子検査結果	<input type="checkbox"/> サザンブロット	<input type="checkbox"/> その他	<input type="checkbox"/> 不明
	t(14;18):IGH-BCL2	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> 不明
	t(8;14):IGH-MYC	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> 不明
	8q24 split:MYC	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> 不明
	3q27 split:BCL6	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> 不明
	t(11;14):IGH-CCND1	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> 不明
	18q21 split: MALT1	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> 不明
	2q23 split:ALK	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> 不明
	del(17p):TP53	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> 不明

入力必須	表面マーカー					
	細胞表面マーカーまたは 病理組織免疫染色の有無	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> 不明		
	細胞表面マーカーまたは 病理組織免疫染色実施組織	<input type="checkbox"/> 骨髄	<input type="checkbox"/> リンパ節	<input type="checkbox"/> 末梢血	<input type="checkbox"/> その他	<input type="checkbox"/> 不明
	CD19	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> 不明		
	CD20	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> 不明		
	CD25	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> 不明		
	CD30	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> 不明		
CCR4	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> 不明			

【 がん種情報 T-cell lymphoma 】

※ 該当するがん種のシートをご入力ください。

※ ご不明な点は、がんゲノム医療コーディネーターにご連絡ください

	末梢血検査	診断のために行った末梢血検査の検体採取時のデータ			
	検体採取日（末梢血検査）	西暦	年	月	日
入力必須	白血球		×10 ³ /μL	<input type="checkbox"/>	不明
	芽球		%	<input type="checkbox"/>	不明
	異型リンパ球		%	<input type="checkbox"/>	不明
	好中球		%	<input type="checkbox"/>	不明
	好酸球		%	<input type="checkbox"/>	不明
	赤芽球		%	<input type="checkbox"/>	不明
	骨髄球		%	<input type="checkbox"/>	不明
	単球		%	<input type="checkbox"/>	不明
	赤血球		×10 ⁴ /μL	<input type="checkbox"/>	不明
	ヘモグロビン		g/dL	<input type="checkbox"/>	不明
	血小板		×10 ⁴ /μL	<input type="checkbox"/>	不明
	網状赤血球		%	<input type="checkbox"/>	不明

	骨髄検査	診断のために行った骨髄検査の検体採取時のデータ			
	検体採取日（骨髄検査）	西暦	年	月	日
入力必須	骨髄生検の有無	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> 不明	
	骨髄生検・細胞密度	<input type="checkbox"/> 過形成	<input type="checkbox"/> 正形性	<input type="checkbox"/> 低形成	<input type="checkbox"/> 不明
	骨髄生検・繊維化	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> 不明	
	骨髄系・異形成	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> 不明	
	赤芽球・異形成	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> 不明	
	巨核芽球・異形成	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> 不明	
	有核細胞数		×10 ⁴ /μL	<input type="checkbox"/>	不明
	巨核球数		/mL	<input type="checkbox"/>	不明
	芽球・腫瘍細胞		%	<input type="checkbox"/>	不明

	ウイルス感染				
	HTLV-1	<input type="checkbox"/> 陽性	<input type="checkbox"/> 陰性	<input type="checkbox"/> 未確認	
HTLV-1の確認方法	<input type="checkbox"/> 抗体検査	<input type="checkbox"/> サザンブロット	<input type="checkbox"/> 未確認	<input type="checkbox"/> その他	

必須	HIV	<input type="checkbox"/> 陽性	<input type="checkbox"/> 陰性	<input type="checkbox"/> 不明
	HBV	<input type="checkbox"/> 陽性	<input type="checkbox"/> 陰性	<input type="checkbox"/> 既感染 <input type="checkbox"/> 未確認
	HCV	<input type="checkbox"/> 陽性	<input type="checkbox"/> 陰性	<input type="checkbox"/> 未確認

入力必須	NHL				
	Lugano (Ann Arbor) 分類 病期	<input type="checkbox"/> stage I	<input type="checkbox"/> stage II	<input type="checkbox"/> stage III	<input type="checkbox"/> stage IV <input type="checkbox"/> 不明
	B症状 (B)	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> 不明	
	Bulky 病変 (X)	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> 不明	
	隣接節外病変 (E)	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> 不明	
	Lugano (消化管原発) 分類 病期	<input type="checkbox"/> stage I	<input type="checkbox"/> stage II	<input type="checkbox"/> stage III	<input type="checkbox"/> stage IV <input type="checkbox"/> 不明
	節外病変	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> 不明	
	節外病変数 \geq 2 個	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> 不明	
	節外病変(骨髄)の有無	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> 不明	
	節外病変(CNS)の有無	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> 不明	
	節外病変(肝臓/消化管)の有無	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> 不明	
	節外病変(肺)の有無	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> 不明	
	節外病変(腎臓)の有無	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> 不明	
	節外病変(副腎)の有無	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> 不明	
	節外病変(乳房)の有無	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> 不明	
	節外病変(精巣)の有無	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> 不明	
	節外病変(眼窩)の有無	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> 不明	
	節外病変(副鼻腔)の有無	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> 不明	
	節外病変(末梢血)の有無	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> 不明	
	IPI	<input type="checkbox"/> Low	<input type="checkbox"/> Low Int	<input type="checkbox"/> High Int	<input type="checkbox"/> High <input type="checkbox"/> 不明

	PTCL				
	PIT	<input type="checkbox"/> Group1	<input type="checkbox"/> Group2	<input type="checkbox"/> Group3	<input type="checkbox"/> Group4 <input type="checkbox"/> 不明

該当する1疾患のチェックボックスを入力

ENKTL					
PINK	<input type="checkbox"/> Low	<input type="checkbox"/> Intermediate	<input type="checkbox"/> High	<input type="checkbox"/> 不明	
原発巣	<input type="checkbox"/> 鼻	<input type="checkbox"/> 鼻以外	<input type="checkbox"/> 不明		
遠隔リンパ節病変 (領域リンパ節以外)	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> 不明		
ATL					
JCOG分類	<input type="checkbox"/> 急性型	<input type="checkbox"/> リンパ腫型	<input type="checkbox"/> 慢性型	<input type="checkbox"/> くすぶり型	<input type="checkbox"/> 不明
ATL-PI	<input type="checkbox"/> Low	<input type="checkbox"/> Intermediate	<input type="checkbox"/> High	<input type="checkbox"/> 不明	
Simplified iATL-PI	<input type="checkbox"/> Low	<input type="checkbox"/> Intermediate	<input type="checkbox"/> High	<input type="checkbox"/> 不明	
MF・SS					
TNM 分類_T	<input type="checkbox"/> T1	<input type="checkbox"/> T2	<input type="checkbox"/> T3	<input type="checkbox"/> T4	<input type="checkbox"/> 不明
TNM 分類_N	<input type="checkbox"/> N0	<input type="checkbox"/> N1	<input type="checkbox"/> N2	<input type="checkbox"/> N3	<input type="checkbox"/> Nx <input type="checkbox"/> 不明
TNM 分類_M	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> 不明		
TNM 分類_B	<input type="checkbox"/> B0	<input type="checkbox"/> B1	<input type="checkbox"/> B2	<input type="checkbox"/> 不明	
TNM 分類_病期	<input type="checkbox"/> stage 1	<input type="checkbox"/> stage 2	<input type="checkbox"/> stage 3	<input type="checkbox"/> stage 4	<input type="checkbox"/> 不明

入力必須	生化学検査	診断のために行った生化学検査の検体採取時のデータ				
	検体採取日 (末梢血検査)	西暦	年	月	日	
	Ca		mg/dL	<input type="checkbox"/> 不明	施設上限値:	
	LDH		U/L	<input type="checkbox"/> 不明	施設上限値:	
	BUN		mg/dL	<input type="checkbox"/> 不明	施設上限値:	
	Alb		g/dL	<input type="checkbox"/> 不明	施設上限値:	
	siL-2R		U/mL	<input type="checkbox"/> 不明	施設上限値:	
	B2MG		mg/L	<input type="checkbox"/> 不明	施設上限値:	

入	遺伝子検査	診断時にを行った遺伝子検査の検体採取時のデータ				
	遺伝子検査の有無	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> 不明		
	遺伝子検査実施組織	<input type="checkbox"/> 骨髄	<input type="checkbox"/> リンパ節	<input type="checkbox"/> 末梢血	<input type="checkbox"/> その他	<input type="checkbox"/> 不明
	遺伝子検査の種類	<input type="checkbox"/> G分染法	<input type="checkbox"/> FISH	<input type="checkbox"/> PCR (キメラ遺伝子)	<input type="checkbox"/> PCR (キメラ遺伝子)	
		<input type="checkbox"/> サザンブロット	<input type="checkbox"/> その他	<input type="checkbox"/> 不明		
	t(14;18):IGH-BCL2	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> 不明		

力 必 須	t(8;14):IGH-MYC	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> 不明
	8q24 split:MYC	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> 不明
	3q27 split:BCL6	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> 不明
	t(11;14):IGH-CCND1	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> 不明
	18q21 split: MALT1	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> 不明
	2q23 split:ALK	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> 不明
	del(17p):TP53	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> 不明

入 力 必 須	表面マーカー					
	細胞表面マーカーまたは 病理組織免疫染色の有無	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> 不明		
	細胞表面マーカーまたは 病理組織免疫染色実施組織	<input type="checkbox"/> 骨髄	<input type="checkbox"/> リンパ節	<input type="checkbox"/> 末梢血	<input type="checkbox"/> その他	<input type="checkbox"/> 不明
	CD19	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> 不明		
	CD20	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> 不明		
	CD25	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> 不明		
	CD30	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> 不明		
CCR4	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> 不明			

【 がん種情報 Myeloma 】

※ 該当するがん種のシートをご入力ください。

※ ご不明な点は、がんゲノム医療コーディネーターにご連絡ください

	末梢血検査	診断のために行った末梢血検査の検体採取時のデータ			
	検体採取日（末梢血検査）	西暦	年	月	日
入力必須	白血球		×10 ³ /μL	<input type="checkbox"/>	不明
	芽球		%	<input type="checkbox"/>	不明
	異型リンパ球		%	<input type="checkbox"/>	不明
	好中球		%	<input type="checkbox"/>	不明
	好酸球		%	<input type="checkbox"/>	不明
	赤芽球		%	<input type="checkbox"/>	不明
	骨髄球		%	<input type="checkbox"/>	不明
	単球		%	<input type="checkbox"/>	不明
	赤血球		×10 ⁴ /μL	<input type="checkbox"/>	不明
	ヘモグロビン		g/dL	<input type="checkbox"/>	不明
	血小板		×10 ⁴ /μL	<input type="checkbox"/>	不明
	網状赤血球		%	<input type="checkbox"/>	不明

	骨髄検査	診断のために行った骨髄検査の検体採取時のデータ			
	検体採取日（骨髄検査）	西暦	年	月	日
入力必須	骨髄生検の有無	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> 不明	
	骨髄生検・細胞密度	<input type="checkbox"/> 過形成	<input type="checkbox"/> 正形性	<input type="checkbox"/> 低形成	<input type="checkbox"/> 不明
	骨髄生検・繊維化	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> 不明	
	骨髄系・異形成	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> 不明	
	赤芽球・異形成	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> 不明	
	巨核芽球・異形成	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> 不明	
	有核細胞数		×10 ⁴ /μL	<input type="checkbox"/>	不明
	巨核球数		/mL	<input type="checkbox"/>	不明
	芽球・腫瘍細胞		%	<input type="checkbox"/>	不明

	ウイルス感染				
	HTLV-1	<input type="checkbox"/> 陽性	<input type="checkbox"/> 陰性	<input type="checkbox"/> 未確認	
入力	HTLV-1の確認方法	<input type="checkbox"/> 抗体検査	<input type="checkbox"/> サザンブロット	<input type="checkbox"/> 未確認	<input type="checkbox"/> その他

必須	HIV	<input type="checkbox"/> 陽性	<input type="checkbox"/> 陰性	<input type="checkbox"/> 不明
	HBV	<input type="checkbox"/> 陽性	<input type="checkbox"/> 陰性	<input type="checkbox"/> 既感染 <input type="checkbox"/> 未確認
	HCV	<input type="checkbox"/> 陽性	<input type="checkbox"/> 陰性	<input type="checkbox"/> 未確認

入力必須	PCN						
	MGUS	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> 不明			
	くすり型骨髄腫	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> 不明			
	節外病変	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> 不明			
	中枢浸潤	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> 不明			
	ALアミロイドーシス	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> 不明			
	免疫グロブリン沈着	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> 不明			
	血清・尿中M蛋白	<input type="checkbox"/> IgG-κ	<input type="checkbox"/> IgG-λ	<input type="checkbox"/> IgA-κ	<input type="checkbox"/> IgA-λ	<input type="checkbox"/> IgD-κ	<input type="checkbox"/> IgD-λ
		<input type="checkbox"/> IgE-κ	<input type="checkbox"/> IgE-λ	<input type="checkbox"/> IgM-κ	<input type="checkbox"/> IgM-λ	<input type="checkbox"/> BJP-κ	<input type="checkbox"/> BJP-λ
		<input type="checkbox"/> 未検出	<input type="checkbox"/> 不明				
	IgD値			mg/dL			
	CRAB 高カルシウム血症	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> 不明			
	CRAB 腎不全	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> 不明			
	CRAB 貧血	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> 不明			
	CRAB 骨病変	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> 不明			
	SLiM 骨髄中クローナル形質細胞≥60%	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> 不明			
SLiM FLC比≥100	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> 不明				
SLiM MRIで2カ所以上の骨病変	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> 不明				

入力必須	生化学検査	診断のために行った生化学検査の検体採取時のデータ				
	検体採取日 (末梢血検査)	西暦	年	月	日	
	Ca			mg/dL	<input type="checkbox"/> 不明	施設上限値 :
	Cr			mg/dL	<input type="checkbox"/> 不明	施設上限値 :
	Alb			g/dL	<input type="checkbox"/> 不明	施設上限値 :
	B2MG			mg/dL	<input type="checkbox"/> 不明	施設上限値 :

	IgG		mg/dL	<input type="checkbox"/> 不明	施設上限値：
	IgA		mg/dL	<input type="checkbox"/> 不明	施設上限値：
	IgM		mg/dL	<input type="checkbox"/> 不明	施設上限値：

入力必須

遺伝子検査	診断時に行った遺伝子検査の検体採取時のデータ				
遺伝子検査の有無	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> 不明		
遺伝子検査実施組織	<input type="checkbox"/> 骨髄	<input type="checkbox"/> リンパ節	<input type="checkbox"/> 末梢血	<input type="checkbox"/> その他	<input type="checkbox"/> 不明
遺伝子検査の種類	<input type="checkbox"/> G分染法	<input type="checkbox"/> FISH	<input type="checkbox"/> PCR (キメラ遺伝子)		<input type="checkbox"/> PCR (キメラ遺伝子)
	<input type="checkbox"/> サザンブロット	<input type="checkbox"/> その他	<input type="checkbox"/> 不明		
17p-	<input checked="" type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> 不明		
t(4;14):IGH-FGFR3/NSD2	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> 不明		
t(14;16):IGH-MAF	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> 不明		
t(11;14):IGH-CCND1	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> 不明		
8q24 split:MYC	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> 不明		
1q+	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> 不明		

【 これまでの治療歴(EP前) 】

※ 全患者共通

治療 ライン 1	治療実施の有無	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり					
	治療方針	<input type="checkbox"/> 企業治験 <input type="checkbox"/> その他	<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)	
	承認薬併用治験への該当	<input type="checkbox"/> 該当しない	<input type="checkbox"/> 該当する					
	治療ライン	<input type="checkbox"/> 1次治療	<input type="checkbox"/> 2次治療	<input type="checkbox"/> 3次治療	<input type="checkbox"/> 4次治療	<input type="checkbox"/> 5次治療	<input type="checkbox"/> 不明	
	治療の種類	<input type="checkbox"/> 薬物療法 <input type="checkbox"/> CAR-T療法	<input type="checkbox"/> 放射線療法 <input type="checkbox"/> その他	<input type="checkbox"/> 手術 (<input type="checkbox"/> 経過観察	<input type="checkbox"/> 造血幹細胞(自家・同種)移植	<input type="checkbox"/> 不明)
	実施施設	<input type="checkbox"/> 自施設	<input type="checkbox"/> 他施設					
	レジメン名							
	薬剤名							
	レジメン名/内容変更情報							
	投与開始日	西暦	年	月	日			
	投与終了日	西暦	年	月	日			
	増悪確認日	西暦	年	月	日			
	継続中	<input type="checkbox"/> 継続中 (該当すればチェック)						
	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						
	AML・ALL (最良総合効果)	<input type="checkbox"/> CR <input type="checkbox"/> CRi <input type="checkbox"/> CRh <input type="checkbox"/> PR <input type="checkbox"/> Failure <input type="checkbox"/> その他 () <input type="checkbox"/> 不明						
	MDS (最良血液学的改善)	・ 赤血球 <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 評価対象外 <input type="checkbox"/> 不明						
		・ 好中球 <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 評価対象外 <input type="checkbox"/> 不明						
		・ 血小板 <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 評価対象外 <input checked="" type="checkbox"/> 不明						
	MF (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"/> その他 () <input type="checkbox"/> 不明						
	ET・PV (最良総合効果)	<input type="checkbox"/> CR <input type="checkbox"/> PR <input type="checkbox"/> No Response <input type="checkbox"/> PD <input type="checkbox"/> その他 () <input type="checkbox"/> 不明						
	CML (最良総合効果)	<input type="checkbox"/> CHR <input type="checkbox"/> CCyR <input type="checkbox"/> MMR (MR 3.0) <input type="checkbox"/> DMR (MR 4.5) <input type="checkbox"/> Failure <input type="checkbox"/> その他 () <input type="checkbox"/> 不明						
	NHL・HL (PET有無)	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし						
	NHL・HL PETあり (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"/> その他 () <input type="checkbox"/> 不明						
	NHL・HL PETなし (最良総合効果)	<input type="checkbox"/> CR <input type="checkbox"/> CRu <input type="checkbox"/> PR <input type="checkbox"/> SD <input type="checkbox"/> PD <input type="checkbox"/> RD <input type="checkbox"/> その他 () <input type="checkbox"/> 不明						
	CLL (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"/> その他 () <input type="checkbox"/> 不明						
	MM (最良総合効果)	<input type="checkbox"/> sCR <input type="checkbox"/> CR <input type="checkbox"/> VGPR <input type="checkbox"/> PR <input type="checkbox"/> SD <input type="checkbox"/> PD <input type="checkbox"/> RD <input type="checkbox"/> その他 () <input type="checkbox"/> 不明						
	移植実施日	西暦	年	月	日			
	移植種類	<input type="checkbox"/> 自家 <input type="checkbox"/> 同種 <input type="checkbox"/> 不明						
移植ソース	<input type="checkbox"/> 骨髄 <input type="checkbox"/> 末梢血幹細胞 <input type="checkbox"/> 臍帯血 <input type="checkbox"/> その他 <input type="checkbox"/> 不明							
ドナー (由来)	<input type="checkbox"/> 血縁者 <input type="checkbox"/> 非血縁者 <input type="checkbox"/> 不明							
移植回数	<input type="checkbox"/> 1回目 <input type="checkbox"/> 2回目 <input type="checkbox"/> 3回目以上 <input type="checkbox"/> 不明							
CAR-T療法・輸注実施日	西暦	年	月	日				
CAR-T細胞種類	<input type="checkbox"/> Tisa-cel <input type="checkbox"/> Axi-cel <input type="checkbox"/> Liso-cel <input type="checkbox"/> Ide-cel <input type="checkbox"/> Cilta-cel <input type="checkbox"/> その他 () <input type="checkbox"/> 不明							
Grade3以上有害事象の有無	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり → 下記に有害事象名と発現日を記載 ※CTCAE v5.0有害事象の基準を参照、最悪Gradeを記載 ・ 有害事象 ・ 発現日 西暦 年 月 日 <input type="checkbox"/> Grade3 <input type="checkbox"/> Grade4 <input type="checkbox"/> Grade5 <input type="checkbox"/> 不明							
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 ()						

※Grade3以上の血液毒性は必須ではありません。

承認薬併用試験への該当	<input type="checkbox"/> 該当しない	<input type="checkbox"/> 該当する				
治療ライン	<input type="checkbox"/> 1次治療	<input type="checkbox"/> 2次治療	<input type="checkbox"/> 3次治療	<input type="checkbox"/> 4次治療	<input type="checkbox"/> 5次治療	<input type="checkbox"/> 不明
治療の種類	<input type="checkbox"/> 薬物療法	<input type="checkbox"/> 放射線療法	<input type="checkbox"/> 手術	<input type="checkbox"/> 経過観察	<input type="checkbox"/> 造血幹細胞（自家・同種）移植	<input type="checkbox"/> 不明
	<input type="checkbox"/> CAR-T療法	<input type="checkbox"/> その他	()		<input type="checkbox"/> 不明
実施施設	<input type="checkbox"/> 自施設	<input type="checkbox"/> 他施設				
レジメン名						
薬剤名						
レジメン名/内容変更情報						
投与開始日	西暦	年	月	日		
投与終了日	西暦	年	月	日		
増悪確認日	西暦	年	月	日		
継続中	<input type="checkbox"/> 継続中 (該当すればチェック)					
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				
AML・ALL (最良総合効果)	<input type="checkbox"/> CR	<input type="checkbox"/> CRi	<input type="checkbox"/> CRh	<input type="checkbox"/> PR	<input type="checkbox"/> Failure	<input type="checkbox"/> 不明
	<input type="checkbox"/> その他	()			
MDS (最良血液学的改善)	・ 赤血球	<input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> 評価対象外	<input type="checkbox"/> 不明	
	・ 好中球	<input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> 評価対象外	<input type="checkbox"/> 不明	
	・ 血小板	<input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> 評価対象外	<input type="checkbox"/> 不明	
MF (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"/> 不明	
	<input type="checkbox"/> その他	()			
ET・PV (最良総合効果)	<input type="checkbox"/> CR	<input type="checkbox"/> PR	<input type="checkbox"/> No Response	<input type="checkbox"/> PD	<input type="checkbox"/> 不明	
	<input type="checkbox"/> その他	()	<input type="checkbox"/>		
CML (最良総合効果)	<input type="checkbox"/> CHR	<input type="checkbox"/> CCyR	<input type="checkbox"/> MMR (MR 3.0)	<input type="checkbox"/> DMR (MR 4.5)	<input type="checkbox"/> Failure	<input type="checkbox"/> 不明
	<input type="checkbox"/> その他	()			
NHL・HL (PET有無)	<input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし				
NHL・HL PETあり (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"/> 不明	
	<input type="checkbox"/> その他	()			
NHL・HL PETなし (最良総合効果)	<input type="checkbox"/> CR	<input type="checkbox"/> CRu	<input type="checkbox"/> PR	<input type="checkbox"/> SD	<input type="checkbox"/> PD	<input type="checkbox"/> RD
	<input type="checkbox"/> その他	()	<input type="checkbox"/> 不明		
CLL (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"/> 不明	
	<input type="checkbox"/> その他	()			
MM (最良総合効果)	<input type="checkbox"/> sCR	<input type="checkbox"/> CR	<input type="checkbox"/> VGPR	<input type="checkbox"/> PR	<input type="checkbox"/> SD	<input type="checkbox"/> PD
	<input type="checkbox"/> RD	<input type="checkbox"/> その他	()	<input type="checkbox"/> 不明	
移植実施日	西暦	年	月	日		
移植種類	<input type="checkbox"/> 自家	<input type="checkbox"/> 同種	<input type="checkbox"/> 不明			
移植ソース	<input type="checkbox"/> 骨髄	<input type="checkbox"/> 末梢血幹細胞	<input type="checkbox"/> 臍帯血	<input type="checkbox"/> その他	<input type="checkbox"/> 不明	
ドナー (由来)	<input type="checkbox"/> 血縁者	<input type="checkbox"/> 非血縁者	<input type="checkbox"/> 不明			
移植回数	<input type="checkbox"/> 1回目	<input type="checkbox"/> 2回目	<input type="checkbox"/> 3回目以上	<input type="checkbox"/> 不明		
CAR-T療法・輸注実施日	西暦	年	月	日		
CAR-T細胞種類	<input type="checkbox"/> Tisa-cel	<input type="checkbox"/> Axi-cel	<input type="checkbox"/> Liso-cel	<input type="checkbox"/> Ide-cel	<input type="checkbox"/> Cilta-cel	<input type="checkbox"/> 不明
	<input type="checkbox"/> その他	()			
Grade3以上有害事象の有無	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり → 下記に有害事象名と発現日を記載					
※Grade3以上の血液毒性は必須ではありません。	※CTCAE v5.0有害事象の基準を参照、最悪Gradeを記載					
	・ 有害事象					
	・ 発現日	西暦	年	月	日	
	<input type="checkbox"/> Grade3	<input type="checkbox"/> Grade4	<input type="checkbox"/> Grade5	<input type="checkbox"/> 不明		
治療方針	<input type="checkbox"/> 企業試験	<input type="checkbox"/> 医師主導試験	<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	()			
承認薬併用試験への該当	<input type="checkbox"/> 該当しない	<input type="checkbox"/> 該当する				
治療ライン	<input type="checkbox"/> 1次治療	<input type="checkbox"/> 2次治療	<input type="checkbox"/> 3次治療	<input type="checkbox"/> 4次治療	<input type="checkbox"/> 5次治療	<input type="checkbox"/> 不明

治療の種類	<input type="checkbox"/> 薬物療法	<input type="checkbox"/> 放射線療法	<input type="checkbox"/> 手術	<input type="checkbox"/> 経過観察	<input type="checkbox"/> 造血幹細胞（自家・同種）移植	
	<input type="checkbox"/> CAR-T療法	<input type="checkbox"/> その他	()	<input type="checkbox"/> 不明	
実施施設	<input type="checkbox"/> 自施設	<input type="checkbox"/> 他施設				
レジメン名						
薬剤名						
レジメン名/内容変更情報						
投与開始日	西暦	年	月	日		
投与終了日	西暦	年	月	日		
増悪確認日	西暦	年	月	日		
継続中	<input type="checkbox"/> 継続中 (該当すればチェック)					
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				
AML・ALL（最良総合効果）	<input type="checkbox"/> CR	<input type="checkbox"/> CRi	<input type="checkbox"/> CRh	<input type="checkbox"/> PR	<input type="checkbox"/> Failure	
	<input type="checkbox"/> その他	() <input type="checkbox"/> 不明	
MDS（最良血液学的改善）	・ 赤血球	<input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> 評価対象外	<input type="checkbox"/> 不明	
	・ 好中球	<input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> 評価対象外	<input type="checkbox"/> 不明	
	・ 血小板	<input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> 評価対象外	<input type="checkbox"/> 不明	
MF（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"/> その他	() <input type="checkbox"/> 不明	
ET・PV（最良総合効果）	<input type="checkbox"/> CR	<input type="checkbox"/> PR	<input type="checkbox"/> No Response	<input type="checkbox"/> PD		
	<input type="checkbox"/> その他	() <input type="checkbox"/> 不明	
CML（最良総合効果）	<input type="checkbox"/> CHR	<input type="checkbox"/> CCyR	<input type="checkbox"/> MMR (MR 3.0)	<input type="checkbox"/> DMR (MR 4.5)	<input type="checkbox"/> Failure	
	<input type="checkbox"/> その他	() <input type="checkbox"/> 不明	
NHL・HL（PET有無）	<input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし				
NHL・HL PETあり （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"/> その他	() <input type="checkbox"/> 不明	
NHL・HL PETなし （最良総合効果）	<input type="checkbox"/> CR	<input type="checkbox"/> CRu	<input type="checkbox"/> PR	<input type="checkbox"/> SD	<input type="checkbox"/> PD	
	<input type="checkbox"/> その他	() <input type="checkbox"/> 不明	
CLL（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"/> その他	() <input type="checkbox"/> 不明	
MM（最良総合効果）	<input type="checkbox"/> sCR	<input type="checkbox"/> CR	<input type="checkbox"/> VGPR	<input type="checkbox"/> PR	<input type="checkbox"/> SD	
	<input type="checkbox"/> RD	<input type="checkbox"/> その他	() <input type="checkbox"/> 不明
移植実施日	西暦	年	月	日		
移植種類	<input type="checkbox"/> 自家	<input type="checkbox"/> 同種	<input type="checkbox"/> 不明			
移植ソース	<input type="checkbox"/> 骨髄	<input type="checkbox"/> 末梢血幹細胞	<input type="checkbox"/> 臍帯血	<input type="checkbox"/> その他	<input type="checkbox"/> 不明	
ドナー（由来）	<input type="checkbox"/> 血縁者	<input type="checkbox"/> 非血縁者	<input type="checkbox"/> 不明			
移植回数	<input type="checkbox"/> 1回目	<input type="checkbox"/> 2回目	<input type="checkbox"/> 3回目以上	<input type="checkbox"/> 不明		
CAR-T療法・輸注実施日	西暦	年	月	日		
CAR-T細胞種類	<input type="checkbox"/> Tisa-cel	<input type="checkbox"/> Axi-cel	<input type="checkbox"/> Liso-cel	<input type="checkbox"/> Ide-cel	<input type="checkbox"/> Cilta-cel	
	<input type="checkbox"/> その他	() <input type="checkbox"/> 不明	
Grade3以上有害事象の有無	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり → 下記に有害事象名と発現日を記載					
※Grade3以上の血液毒性は必須ではありません。	※CTCAE v5.0有害事象の基準を参照、最悪Gradeを記載					
	・ 有害事象					
	・ 発現日	西暦	年	月	日	
	<input type="checkbox"/> Grade3	<input type="checkbox"/> Grade4	<input type="checkbox"/> Grade5	<input type="checkbox"/> 不明		
治療ライン4	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"/> その他	()
	承認薬併用治験への該当	<input type="checkbox"/> 該当しない <input type="checkbox"/> 該当する				
	治療ライン	<input type="checkbox"/> 1次治療	<input type="checkbox"/> 2次治療	<input type="checkbox"/> 3次治療	<input type="checkbox"/> 4次治療	<input type="checkbox"/> 5次治療
	<input type="checkbox"/> 不明					
治療の種類	<input type="checkbox"/> 薬物療法	<input type="checkbox"/> 放射線療法	<input type="checkbox"/> 手術	<input type="checkbox"/> 経過観察	<input type="checkbox"/> 造血幹細胞（自家・同種）移植	
	<input type="checkbox"/> CAR-T療法	<input type="checkbox"/> その他	() <input type="checkbox"/> 不明
実施施設	<input type="checkbox"/> 自施設	<input type="checkbox"/> 他施設				
レジメン名						
薬剤名						
レジメン名/内容変更情報						
投与開始日	西暦	年	月	日		

投与終了日	西暦	年	月	日	
増悪確認日	西暦	年	月	日	
継続中	<input type="checkbox"/> 継続中 (該当すればチェック)				
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				
AML・ALL (最良総合効果)	<input type="checkbox"/> CR <input type="checkbox"/> CRi <input type="checkbox"/> CRh <input type="checkbox"/> PR <input type="checkbox"/> Failure <input type="checkbox"/> その他 () <input type="checkbox"/> 不明				
MDS (最良血液学的改善)	・ 赤血球 <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 評価対象外 <input type="checkbox"/> 不明				
	・ 好中球 <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 評価対象外 <input type="checkbox"/> 不明				
	・ 血小板 <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 評価対象外 <input type="checkbox"/> 不明				
MF (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"/> その他 () <input type="checkbox"/> 不明				
ET・PV (最良総合効果)	<input type="checkbox"/> CR <input type="checkbox"/> PR <input type="checkbox"/> No Response <input type="checkbox"/> PD <input type="checkbox"/> その他 () <input type="checkbox"/> 不明				
CML (最良総合効果)	<input type="checkbox"/> CHR <input type="checkbox"/> CCyR <input type="checkbox"/> MMR (MR 3.0) <input type="checkbox"/> DMR (MR 4.5) <input type="checkbox"/> Failure <input type="checkbox"/> その他 () <input type="checkbox"/> 不明				
NHL・HL (PET有無)	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし				
NHL・HL PETあり (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"/> その他 () <input type="checkbox"/> 不明				
NHL・HL PETなし (最良総合効果)	<input type="checkbox"/> CR <input type="checkbox"/> CRu <input type="checkbox"/> PR <input type="checkbox"/> SD <input type="checkbox"/> PD <input type="checkbox"/> RD <input type="checkbox"/> その他 () <input type="checkbox"/> 不明				
CLL (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"/> その他 () <input type="checkbox"/> 不明				
MM (最良総合効果)	<input type="checkbox"/> sCR <input type="checkbox"/> CR <input type="checkbox"/> VGPR <input type="checkbox"/> PR <input type="checkbox"/> SD <input type="checkbox"/> PD <input type="checkbox"/> RD <input type="checkbox"/> その他 () <input type="checkbox"/> 不明				
移植実施日	西暦	年	月	日	
移植種類	<input type="checkbox"/> 自家 <input type="checkbox"/> 同種 <input type="checkbox"/> 不明				
移植ソース	<input type="checkbox"/> 骨髄 <input type="checkbox"/> 末梢血幹細胞 <input type="checkbox"/> 臍帯血 <input type="checkbox"/> その他 <input type="checkbox"/> 不明				
ドナー (由来)	<input type="checkbox"/> 血縁者 <input type="checkbox"/> 非血縁者 <input type="checkbox"/> 不明				
移植回数	<input type="checkbox"/> 1回目 <input type="checkbox"/> 2回目 <input type="checkbox"/> 3回目以上 <input type="checkbox"/> 不明				
CAR-T療法・輸注実施日	西暦	年	月	日	
CAR-T細胞種類	<input type="checkbox"/> Tisa-cel <input type="checkbox"/> Axi-cel <input type="checkbox"/> Liso-cel <input type="checkbox"/> Ide-cel <input type="checkbox"/> Cilta-cel <input type="checkbox"/> その他 () <input type="checkbox"/> 不明				
Grade3以上有害事象の有無	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり → 下記に有害事象名と発現日を記載 ※CTCAE v5.0有害事象の基準を参照、最悪Gradeを記載 ・ 有害事象 ・ 発現日 西暦 年 月 日 <input type="checkbox"/> Grade3 <input type="checkbox"/> Grade4 <input type="checkbox"/> Grade5 <input type="checkbox"/> 不明				
※Grade3以上の血液毒性は必須ではありません。					
治療ライン5	治療方針	<input type="checkbox"/> 企業治療 <input type="checkbox"/> 医師主導治療 <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 ()			
	承認薬併用試験への該当	<input type="checkbox"/> 該当しない <input type="checkbox"/> 該当する			
	治療ライン	<input type="checkbox"/> 1次治療 <input type="checkbox"/> 2次治療 <input type="checkbox"/> 3次治療 <input type="checkbox"/> 4次治療 <input type="checkbox"/> 5次治療 <input type="checkbox"/> 不明			
	治療の種類	<input type="checkbox"/> 薬物療法 <input type="checkbox"/> 放射線療法 <input type="checkbox"/> 手術 <input type="checkbox"/> 経過観察 <input type="checkbox"/> 造血幹細胞 (自家・同種) 移植 <input type="checkbox"/> CAR-T療法 <input type="checkbox"/> その他 () <input type="checkbox"/> 不明			
	実施施設	<input type="checkbox"/> 自施設 <input type="checkbox"/> 他施設			
	レジメン名				
	薬剤名				
	レジメン名/内容変更情報				
	投与開始日	西暦	年	月	日
	投与終了日	西暦	年	月	日
増悪確認日	西暦	年	月	日	
継続中	<input type="checkbox"/> 継続中 (該当すればチェック)				
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				
AML・ALL (最良総合効果)	<input type="checkbox"/> CR <input type="checkbox"/> CRi <input type="checkbox"/> CRh <input type="checkbox"/> PR <input type="checkbox"/> Failure <input type="checkbox"/> その他 () <input type="checkbox"/> 不明				

MDS (最良血液学的改善)	・ 赤血球	<input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> 評価対象外	<input type="checkbox"/> 不明	
	・ 好中球	<input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> 評価対象外	<input type="checkbox"/> 不明	
	・ 血小板	<input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> 評価対象外	<input type="checkbox"/> 不明	
MF (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"/> その他 () <input type="checkbox"/> 不明	
ET・PV (最良総合効果)	<input type="checkbox"/> CR	<input type="checkbox"/> PR	<input type="checkbox"/> No Response	<input type="checkbox"/> PD	<input type="checkbox"/> その他 () <input type="checkbox"/> 不明	
CML (最良総合効果)	<input type="checkbox"/> CHR	<input type="checkbox"/> CCyR	<input type="checkbox"/> MMR (MR 3.0)	<input type="checkbox"/> DMR (MR 4.5)	<input type="checkbox"/> Failure	
	<input type="checkbox"/> その他 ()			<input type="checkbox"/> 不明		
NHL・HL (PET有無)	<input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし				
NHL・HL PETあり (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"/> その他 () <input type="checkbox"/> 不明	
NHL・HL PETなし (最良総合効果)	<input type="checkbox"/> CR	<input type="checkbox"/> CRu	<input type="checkbox"/> PR	<input type="checkbox"/> SD	<input type="checkbox"/> PD <input type="checkbox"/> RD	
	<input type="checkbox"/> その他 ()			<input type="checkbox"/> 不明		
CLL (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"/> その他 () <input type="checkbox"/> 不明	
MM (最良総合効果)	<input type="checkbox"/> sCR	<input type="checkbox"/> CR	<input type="checkbox"/> VGPR	<input type="checkbox"/> PR	<input type="checkbox"/> SD <input type="checkbox"/> PD	
	<input type="checkbox"/> RD	<input type="checkbox"/> その他 ()			<input type="checkbox"/> 不明	
移植実施日	西暦	年	月	日		
移植種類	<input type="checkbox"/> 自家	<input type="checkbox"/> 同種	<input type="checkbox"/> 不明			
移植ソース	<input type="checkbox"/> 骨髄	<input type="checkbox"/> 末梢血幹細胞	<input type="checkbox"/> 臍帯血	<input type="checkbox"/> その他	<input type="checkbox"/> 不明	
ドナー (由来)	<input type="checkbox"/> 血縁者	<input type="checkbox"/> 非血縁者	<input type="checkbox"/> 不明			
移植回数	<input type="checkbox"/> 1回目	<input type="checkbox"/> 2回目	<input type="checkbox"/> 3回目以上	<input type="checkbox"/> 不明		
CAR-T療法・輸注実施日	西暦	年	月	日		
CAR-T細胞種類	<input type="checkbox"/> Tisa-cel	<input type="checkbox"/> Axi-cel	<input type="checkbox"/> Liso-cel	<input type="checkbox"/> Ide-cel	<input type="checkbox"/> Cilta-cel	
	<input type="checkbox"/> その他 ()			<input type="checkbox"/> 不明		
Grade3以上有害事象の有無	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり → 下記に有害事象名と発現日を記載					
※Grade3以上の血液毒性は必須ではありません。	※CTCAE v5.0有害事象の基準を参照、最悪Gradeを記載					
	・ 有害事象					
	・ 発現日	西暦	年	月	日	
	<input type="checkbox"/> Grade3	<input type="checkbox"/> Grade4	<input type="checkbox"/> Grade5	<input type="checkbox"/> 不明		
治療ライン6	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 ()				
	承認薬併用治験への該当	<input type="checkbox"/> 該当しない	<input type="checkbox"/> 該当する			
	治療ライン	<input type="checkbox"/> 1次治療	<input type="checkbox"/> 2次治療	<input type="checkbox"/> 3次治療	<input type="checkbox"/> 4次治療	<input type="checkbox"/> 5次治療 <input type="checkbox"/> 不明
	治療の種類	<input type="checkbox"/> 薬物療法	<input type="checkbox"/> 放射線療法	<input type="checkbox"/> 手術	<input type="checkbox"/> 経過観察	<input type="checkbox"/> 造血幹細胞 (自家・同種) 移植
		<input type="checkbox"/> CAR-T療法	<input type="checkbox"/> その他 ()			<input type="checkbox"/> 不明
	実施施設	<input type="checkbox"/> 自施設	<input type="checkbox"/> 他施設			
	レジメン名					
	薬剤名					
	レジメン名/内容変更情報					
	投与開始日	西暦	年	月	日	
	投与終了日	西暦	年	月	日	
	増悪確認日	西暦	年	月	日	
	継続中	<input type="checkbox"/> 継続中 (該当すればチェック)				
	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			
AML・ALL (最良総合効果)	<input type="checkbox"/> CR	<input type="checkbox"/> CRi	<input type="checkbox"/> CRh	<input type="checkbox"/> PR	<input type="checkbox"/> Failure	
	<input type="checkbox"/> その他 ()			<input type="checkbox"/> 不明		
MDS (最良血液学的改善)	・ 赤血球	<input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> 評価対象外	<input type="checkbox"/> 不明	
	・ 好中球	<input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> 評価対象外	<input type="checkbox"/> 不明	
	・ 血小板	<input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> 評価対象外	<input type="checkbox"/> 不明	

MF (最良総合効果)	<input type="checkbox"/> CR <input type="checkbox"/> その他	<input type="checkbox"/> PR (<input type="checkbox"/> SD)	<input type="checkbox"/> PD <input type="checkbox"/> 不明
ET・PV (最良総合効果)	<input type="checkbox"/> CR <input type="checkbox"/> その他	<input type="checkbox"/> PR (<input type="checkbox"/> No Response)	<input type="checkbox"/> PD <input type="checkbox"/> 不明
CML (最良総合効果)	<input type="checkbox"/> CHR <input type="checkbox"/> その他	<input type="checkbox"/> CCyR (<input type="checkbox"/> MMR (MR 3.0))	<input type="checkbox"/> DMR (MR 4.5) <input type="checkbox"/> Failure <input type="checkbox"/> 不明
NHL・HL (PET有無)	<input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし		
NHL・HL PETあり (最良総合効果)	<input type="checkbox"/> CR <input type="checkbox"/> その他	<input type="checkbox"/> PR (<input type="checkbox"/> SD)	<input type="checkbox"/> PD <input type="checkbox"/> 不明
NHL・HL PETなし (最良総合効果)	<input type="checkbox"/> CR <input type="checkbox"/> その他	<input type="checkbox"/> CRu (<input type="checkbox"/> PR)	<input type="checkbox"/> SD <input type="checkbox"/> PD <input type="checkbox"/> RD <input type="checkbox"/> 不明
CLL (最良総合効果)	<input type="checkbox"/> CR <input type="checkbox"/> その他	<input type="checkbox"/> PR (<input type="checkbox"/> SD)	<input type="checkbox"/> PD <input type="checkbox"/> 不明
MM (最良総合効果)	<input type="checkbox"/> sCR <input type="checkbox"/> RD	<input type="checkbox"/> CR <input type="checkbox"/> その他	<input type="checkbox"/> VGPR (<input type="checkbox"/> PR) <input type="checkbox"/> SD <input type="checkbox"/> PD <input type="checkbox"/> 不明
移植実施日	西暦	年	月	日
移植種類	<input type="checkbox"/> 自家 <input type="checkbox"/> 同種 <input type="checkbox"/> 不明			
移植ソース	<input type="checkbox"/> 骨髄 <input type="checkbox"/> 末梢血幹細胞 <input type="checkbox"/> 臍帯血 <input type="checkbox"/> その他 <input type="checkbox"/> 不明			
ドナー (由来)	<input type="checkbox"/> 血縁者 <input type="checkbox"/> 非血縁者 <input type="checkbox"/> 不明			
移植回数	<input type="checkbox"/> 1回目 <input type="checkbox"/> 2回目 <input type="checkbox"/> 3回目以上 <input type="checkbox"/> 不明			
CAR-T療法・輸注実施日	西暦	年	月	日
CAR-T細胞種類	<input type="checkbox"/> Tisa-cel <input type="checkbox"/> Axi-cel <input type="checkbox"/> Liso-cel <input type="checkbox"/> Ide-cel <input type="checkbox"/> Cilta-cel <input type="checkbox"/> その他 () <input type="checkbox"/> 不明			
Grade3以上有害事象の有無	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり → 下記に有害事象名と発現日を記載			
※Grade3以上の血液毒性は必須ではありません。	※CTCAE v5.0有害事象の基準を参照、最悪Gradeを記載			
	・ 有害事象			
	・ 発現日 西暦 年 月 日			
	<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		F A X	
	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。

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

※**ヘムサイト®**での検査提出の場合は、**染色標本 20 枚をご用意ください。**
（HE 染色標本の提出はありません。）

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。

●ヘムサイト®診断薬での検査の場合は、未染色標本 20 枚のみ作成をお願いします。HE 染色標本作成、マーキングの必要はありません。

■ 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をお願いします。
- 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、検査ができません。

※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 1 mm³ 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。

- ヘムサイトは、腫瘍含有率が 20%以下での提出は行いません。組織検体以外の検査方法をご確認ください。**

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