

がん遺伝子パネル検査診療情報提供書

診療情報提供書は7枚となっております。該当項目にチェック☑を付け、空欄にご記入いただきますようお願いいたします。

1-1.症例基本情報

項目	説明
性別	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女
生年月日	(西暦) 年 月 日
がん種区分	<input type="checkbox"/> 中枢神経系/脳 <input type="checkbox"/> 頭頸部 <input type="checkbox"/> 眼 <input type="checkbox"/> 肺 <input type="checkbox"/> 胸膜 <input type="checkbox"/> 胸腺 <input type="checkbox"/> 甲状腺 <input type="checkbox"/> 乳 <input type="checkbox"/> 食道/胃 <input type="checkbox"/> 十二指腸乳頭部 <input type="checkbox"/> 腸 <input type="checkbox"/> 肝 <input type="checkbox"/> 胆道 <input type="checkbox"/> 膵 <input type="checkbox"/> 腎 <input type="checkbox"/> 副腎 <input type="checkbox"/> 膀胱/尿管 <input type="checkbox"/> 前立腺 <input type="checkbox"/> 精巣 <input type="checkbox"/> 陰茎 <input type="checkbox"/> 子宮 <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"/> 軟部組織 <input type="checkbox"/> 腹膜 <input type="checkbox"/> 骨髄 <input type="checkbox"/> リンパ節 <input type="checkbox"/> 末梢神経系 <input type="checkbox"/> その他
がん種区分(その他) ※がん種区分で「その他」が選択した場合	

2-1.患者背景情報

項目	説明
病理診断名	
診断日	(西暦) 年 月 日
喫煙歴有無	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> 不明
喫煙年数	(年)
1日の本数	(本/日)
アルコール多飲の有無	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> 不明
ECOG PS	<input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 不明

重複がん有無(異なる臓器)	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> 不明
①重複がん部位 ※1.重複がん有無(異なる臓器)で「あり」を選択した場合は、必須入力 ※2.重複がんは最大10件登録可能	<input type="checkbox"/> 中枢神経系/脳 <input type="checkbox"/> 頭頸部 <input type="checkbox"/> 眼 <input type="checkbox"/> 肺 <input type="checkbox"/> 胸膜 <input type="checkbox"/> 胸腺 <input type="checkbox"/> 甲状腺 <input type="checkbox"/> 乳 <input type="checkbox"/> 食道/胃 <input type="checkbox"/> 十二指腸乳頭部 <input type="checkbox"/> 腸 <input type="checkbox"/> 肝 <input type="checkbox"/> 胆道 <input type="checkbox"/> 膵 <input type="checkbox"/> 腎 <input type="checkbox"/> 副腎 <input type="checkbox"/> 膀胱/尿管 <input type="checkbox"/> 前立腺 <input type="checkbox"/> 精巣 <input type="checkbox"/> 陰茎 <input type="checkbox"/> 子宮 <input type="checkbox"/> 子宮頸部 <input type="checkbox"/> 卵巣/卵管 <input type="checkbox"/> 膣(ちつ) <input type="checkbox"/> 皮膚 <input type="checkbox"/> 骨 <input type="checkbox"/> 軟部組織 <input type="checkbox"/> 腹膜 <input type="checkbox"/> 骨髄 <input type="checkbox"/> リンパ節 <input type="checkbox"/> 末梢神経系 <input type="checkbox"/> その他
②重複がん部位(その他) ※重複がん部位(その他)を入力した場合	
③重複がん活動性	<input type="checkbox"/> 活動性 <input type="checkbox"/> 非活動性 <input type="checkbox"/> 不明

多発がん有無(同一臓器)	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> 不明
①多発がん活動性 ※多発がん有無で「あり」を選択した場合	<input type="checkbox"/> 活動性 <input type="checkbox"/> 非活動性 <input type="checkbox"/> 不明

2-2.家族歴

項目	説明
家族歴有無	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> 不明

※家族歴有無で「あり」を選択した場合

1	①続柄	<input type="checkbox"/> 父 <input type="checkbox"/> 母 <input type="checkbox"/> 親（詳細不明） <input type="checkbox"/> 同胞 <input type="checkbox"/> 子 <input type="checkbox"/> 祖父母（父方） <input type="checkbox"/> 祖父母（母方） <input type="checkbox"/> 祖父母（詳細不明） <input type="checkbox"/> おじ（父方） <input type="checkbox"/> おじ（母方） <input type="checkbox"/> おば（父方） <input type="checkbox"/> おば（母方） <input type="checkbox"/> 甥姪 <input type="checkbox"/> 孫 <input type="checkbox"/> いとこ <input type="checkbox"/> 不明の血縁者
	②がん種	<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 <input type="checkbox"/> 食道 <input type="checkbox"/> 胃 <input type="checkbox"/> 十二指腸乳頭部 <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"/> 皮下 <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"/> 骨髄系 <input type="checkbox"/> リンパ系 <input type="checkbox"/> 末梢神経系 <input type="checkbox"/> その他
	③罹患年齢	<input type="checkbox"/> 10歳未満 <input type="checkbox"/> 10歳台 <input type="checkbox"/> 20歳台 <input type="checkbox"/> 30歳台 <input type="checkbox"/> 40歳台 <input type="checkbox"/> 50歳台 <input type="checkbox"/> 60歳台 <input type="checkbox"/> 70歳台 <input type="checkbox"/> 80歳台 <input type="checkbox"/> 90歳台以上 <input type="checkbox"/> 不明
2	①続柄	<input type="checkbox"/> 父 <input type="checkbox"/> 母 <input type="checkbox"/> 親（詳細不明） <input type="checkbox"/> 同胞 <input type="checkbox"/> 子 <input type="checkbox"/> 祖父母（父方） <input type="checkbox"/> 祖父母（母方） <input type="checkbox"/> 祖父母（詳細不明） <input type="checkbox"/> おじ（父方） <input type="checkbox"/> おじ（母方） <input type="checkbox"/> おば（父方） <input type="checkbox"/> おば（母方） <input type="checkbox"/> 甥姪 <input type="checkbox"/> 孫 <input type="checkbox"/> いとこ <input type="checkbox"/> 不明の血縁者
	②がん種	<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 <input type="checkbox"/> 食道 <input type="checkbox"/> 胃 <input type="checkbox"/> 十二指腸乳頭部 <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"/> 皮下 <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"/> 骨髄系 <input type="checkbox"/> リンパ系 <input type="checkbox"/> 末梢神経系 <input type="checkbox"/> その他
	③罹患年齢	<input type="checkbox"/> 10歳未満 <input type="checkbox"/> 10歳台 <input type="checkbox"/> 20歳台 <input type="checkbox"/> 30歳台 <input type="checkbox"/> 40歳台 <input type="checkbox"/> 50歳台 <input type="checkbox"/> 60歳台 <input type="checkbox"/> 70歳台 <input type="checkbox"/> 80歳台 <input type="checkbox"/> 90歳台以上 <input type="checkbox"/> 不明
3	①続柄	<input type="checkbox"/> 父 <input type="checkbox"/> 母 <input type="checkbox"/> 親（詳細不明） <input type="checkbox"/> 同胞 <input type="checkbox"/> 子 <input type="checkbox"/> 祖父母（父方） <input type="checkbox"/> 祖父母（母方） <input type="checkbox"/> 祖父母（詳細不明） <input type="checkbox"/> おじ（父方） <input type="checkbox"/> おじ（母方） <input type="checkbox"/> おば（父方） <input type="checkbox"/> おば（母方） <input type="checkbox"/> 甥姪 <input type="checkbox"/> 孫 <input type="checkbox"/> いとこ <input type="checkbox"/> 不明の血縁者
	②がん種	<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 <input type="checkbox"/> 食道 <input type="checkbox"/> 胃 <input type="checkbox"/> 十二指腸乳頭部 <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"/> 皮下 <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"/> 骨髄系 <input type="checkbox"/> リンパ系 <input type="checkbox"/> 末梢神経系 <input type="checkbox"/> その他
	③罹患年齢	<input type="checkbox"/> 10歳未満 <input type="checkbox"/> 10歳台 <input type="checkbox"/> 20歳台 <input type="checkbox"/> 30歳台 <input type="checkbox"/> 40歳台 <input type="checkbox"/> 50歳台 <input type="checkbox"/> 60歳台 <input type="checkbox"/> 70歳台 <input type="checkbox"/> 80歳台 <input type="checkbox"/> 90歳台以上 <input type="checkbox"/> 不明
4	①続柄	<input type="checkbox"/> 父 <input type="checkbox"/> 母 <input type="checkbox"/> 親（詳細不明） <input type="checkbox"/> 同胞 <input type="checkbox"/> 子 <input type="checkbox"/> 祖父母（父方） <input type="checkbox"/> 祖父母（母方） <input type="checkbox"/> 祖父母（詳細不明） <input type="checkbox"/> おじ（父方） <input type="checkbox"/> おじ（母方） <input type="checkbox"/> おば（父方） <input type="checkbox"/> おば（母方） <input type="checkbox"/> 甥姪 <input type="checkbox"/> 孫 <input type="checkbox"/> いとこ <input type="checkbox"/> 不明の血縁者
	②がん種	<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 <input type="checkbox"/> 食道 <input type="checkbox"/> 胃 <input type="checkbox"/> 十二指腸乳頭部 <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"/> 皮下 <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"/> 骨髄系 <input type="checkbox"/> リンパ系 <input type="checkbox"/> 末梢神経系 <input type="checkbox"/> その他
	③罹患年齢	<input type="checkbox"/> 10歳未満 <input type="checkbox"/> 10歳台 <input type="checkbox"/> 20歳台 <input type="checkbox"/> 30歳台 <input type="checkbox"/> 40歳台 <input type="checkbox"/> 50歳台 <input type="checkbox"/> 60歳台 <input type="checkbox"/> 70歳台 <input type="checkbox"/> 80歳台 <input type="checkbox"/> 90歳台以上 <input type="checkbox"/> 不明

※足りない場合は、コピーして使用（最大30件まで入力可能）

2-3.がん種情報

項目	説明
登録時転移の有無（必須）	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> 不明
登録時の転移部位 ※登録時転移の重複がん有無で「あり」を選択した場合	<input type="checkbox"/> 脊髄 <input type="checkbox"/> 脳 <input type="checkbox"/> 眼 <input type="checkbox"/> 口腔 <input type="checkbox"/> 咽頭 <input type="checkbox"/> 喉頭 <input type="checkbox"/> 鼻・副鼻腔 <input type="checkbox"/> 唾液腺 <input type="checkbox"/> 甲状腺 <input type="checkbox"/> 肺 <input type="checkbox"/> 胸膜 <input type="checkbox"/> 胸腺 <input type="checkbox"/> 乳腺 <input type="checkbox"/> 食道 <input type="checkbox"/> 胃 <input type="checkbox"/> 十二指腸乳頭部 <input type="checkbox"/> 十二指腸 <input type="checkbox"/> 小腸 <input type="checkbox"/> 虫垂 <input type="checkbox"/> 大腸 <input type="checkbox"/> 肛門 <input type="checkbox"/> 肝 <input type="checkbox"/> 胆道 <input type="checkbox"/> 膵 <input type="checkbox"/> 腎 <input type="checkbox"/> 腎盂 <input type="checkbox"/> 副腎 <input type="checkbox"/> 膀胱 <input type="checkbox"/> 尿管 <input type="checkbox"/> 前立腺 <input type="checkbox"/> 精巣 <input type="checkbox"/> 陰茎 <input type="checkbox"/> 子宮体部 <input type="checkbox"/> 子宮頸部 <input type="checkbox"/> 卵巣/卵管 <input type="checkbox"/> 腔 <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"/> リンパ節/リンパ管 <input type="checkbox"/> 末梢神経系 <input type="checkbox"/> 血液 <input type="checkbox"/> 原発不明 <input type="checkbox"/> その他

①がん種情報（肺）

項目	説明
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
①EGFR-type ※EGFRで「陽性」を選択した場合	<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
②EGFR-検査方法 ※EGFRで「陰性」「陽性」「判定不能」を選択した場合	<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
①ALK-検査方法 ※ALK融合で「陰性」「陽性」「判定不能」を選択した場合	<input type="checkbox"/> IHCのみ <input type="checkbox"/> FISHのみ <input type="checkbox"/> IHC+FISH <input type="checkbox"/> RT-PCRのみ <input type="checkbox"/> RT-PCR+FISH <input type="checkbox"/> その他 <input type="checkbox"/> 不明
ROS1	<input type="checkbox"/> 陰性 <input type="checkbox"/> 陽性 <input type="checkbox"/> 判定不能 <input type="checkbox"/> 不明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
①PD-L1 (IHC) -検査方法 ※PD-L1 (IHC)で「陰性」「陽性」「判定不能」を選択した場合	<input type="checkbox"/> Nivolumab/Dako28-8(BMS/小野) <input type="checkbox"/> Pembrolizumab/Dako22C3 <input type="checkbox"/> その他 <input type="checkbox"/> 不明
②陽性率 ※PD-L1 (IHC)で「陽性」を選択した場合	(%)
アスベスト曝露歴	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> 不明

②がん種情報（乳）

項目	説明
HER2 (IHC)	<input type="checkbox"/> 陰性 <input type="checkbox"/> 陰性（1+） <input type="checkbox"/> 境界線（2+） <input type="checkbox"/> 陽性（3+） <input type="checkbox"/> 判定不能 <input type="checkbox"/> 不明or未検査
HER2 (FISH)	<input type="checkbox"/> 陰性 <input type="checkbox"/> equivocal <input type="checkbox"/> 陽性 <input type="checkbox"/> 判定不能 <input type="checkbox"/> 不明or未検査
ER	<input type="checkbox"/> 陰性 <input type="checkbox"/> 陽性 <input type="checkbox"/> 判定不能 <input type="checkbox"/> 不明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
gBRACA1	<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
gBRACA2	<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

③がん種情報（食道/胃or腸）

項目	説明
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 ※KRAS-TYPEで「陽性」を選択した場合	<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 ※KRASで「陰性」「陽性」「判定不能」を選択した場合	<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 ※NRAS-TYPEで「陽性」を選択した場合	<input type="checkbox"/> condon12 <input type="checkbox"/> condon13 <input type="checkbox"/> condon59 <input type="checkbox"/> condon61 <input type="checkbox"/> condon117 <input type="checkbox"/> condon146 <input type="checkbox"/> 不明
NRAS検査方法 ※NRASで「陰性」「陽性」「判定不能」を選択した場合	<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"/> 境界線（2+） <input type="checkbox"/> 陽性（3+） <input type="checkbox"/> 判定不能 <input type="checkbox"/> 不明or未検査
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

④がん種情報（皮膚）

項目	説明
BRAF（V600）	<input type="checkbox"/> 陰性 <input type="checkbox"/> 陽性 <input type="checkbox"/> 判定不能 <input type="checkbox"/> 不明or未検査

⑤がん種情報（肝）

項目	説明
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（検査結果 単位：LogIU/mL）	LogIU/mL
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（検査結果 単位：LogIU/mL）	LogIU/mL

2-4.薬物療法

○1次治療（1st line）

項目	説明
実施目的	<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	<input type="checkbox"/> 自施設 <input type="checkbox"/> 他施設
レジメン名	
薬剤名（一般名）	
投薬時点の薬剤承認状況	<input type="checkbox"/> 適応内 <input type="checkbox"/> 適応外 <input type="checkbox"/> 未承認（治験薬）
レジメン内容変更情報	
投与開始日	（西暦） 年 月 日
投与終了日 ※レジメンが継続中の場合、継続中に <input checked="" type="checkbox"/>	（西暦） 年 月 日 <input type="checkbox"/> 継続中
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"/> 本人希望で中止 <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"/> Grade3以上なし <input type="checkbox"/> Grade3以上あり <input type="checkbox"/> 不明
発現日 ※Grade3以上ありの場合	（西暦） 年 月 日
名称日本語 ※Grade3以上ありの場合	
最悪Grade ※Grade3以上ありの場合	<input type="checkbox"/> Grade3 <input type="checkbox"/> Grade4 <input type="checkbox"/> Grade5 <input type="checkbox"/> 不明

○2次治療（2nd line）

項目	説明
実施目的	<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	<input type="checkbox"/> 自施設 <input type="checkbox"/> 他施設
レジメン名	
薬剤名（一般名）	
投薬時点の薬剤承認状況	<input type="checkbox"/> 適応内 <input type="checkbox"/> 適応外 <input type="checkbox"/> 未承認（治験薬）
レジメン内容変更情報	
投与開始日	（西暦） 年 月 日
投与終了日 ※レジメンが継続中の場合、継続中に <input checked="" type="checkbox"/>	（西暦） 年 月 日 <input type="checkbox"/> 継続中
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"/> 本人希望で中止 <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"/> Grade3以上なし <input type="checkbox"/> Grade3以上あり <input type="checkbox"/> 不明
発現日 ※Grade3以上ありの場合	（西暦） 年 月 日
名称日本語 ※Grade3以上ありの場合	
最悪Grade ※Grade3以上ありの場合	<input type="checkbox"/> Grade3 <input type="checkbox"/> Grade4 <input type="checkbox"/> Grade5 <input type="checkbox"/> 不明

○3次治療（3rd line）

項目	説明
実施目的	<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	<input type="checkbox"/> 自施設 <input type="checkbox"/> 他施設
レジメン名	
薬剤名（一般名）	
投薬時点の薬剤承認状況	<input type="checkbox"/> 適応内 <input type="checkbox"/> 適応外 <input type="checkbox"/> 未承認（治験薬）
レジメン内容変更情報	
投与開始日	（西暦） 年 月 日
投与終了日 ※レジメンが継続中の場合、継続中に <input checked="" type="checkbox"/>	（西暦） 年 月 日 <input type="checkbox"/> 継続中
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"/> 本人希望で中止 <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"/> Grade3以上なし <input type="checkbox"/> Grade3以上あり <input type="checkbox"/> 不明
発現日 ※Grade3以上ありの場合	（西暦） 年 月 日
名称日本語 ※Grade3以上ありの場合	
最悪Grade ※Grade3以上ありの場合	<input type="checkbox"/> Grade3 <input type="checkbox"/> Grade4 <input type="checkbox"/> Grade5 <input type="checkbox"/> 不明

○4次治療（4th line）

項目	説明
実施目的	<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	<input type="checkbox"/> 自施設 <input type="checkbox"/> 他施設
レジメン名	
薬剤名（一般名）	
投薬時点の薬剤承認状況	<input type="checkbox"/> 適応内 <input type="checkbox"/> 適応外 <input type="checkbox"/> 未承認（治験薬）
レジメン内容変更情報	
投与開始日	（西暦） 年 月 日
投与終了日 ※レジメンが継続中の場合、継続中に <input checked="" type="checkbox"/>	（西暦） 年 月 日 <input type="checkbox"/> 継続中
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"/> 本人希望で中止 <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"/> Grade3以上なし <input type="checkbox"/> Grade3以上あり <input type="checkbox"/> 不明
発現日 ※Grade3以上ありの場合	（西暦） 年 月 日
名称日本語 ※Grade3以上ありの場合	
最悪Grade ※Grade3以上ありの場合	<input type="checkbox"/> Grade3 <input type="checkbox"/> Grade4 <input type="checkbox"/> Grade5 <input type="checkbox"/> 不明

〇5次治療以降（5th line以降）

項目	説明
実施目的	<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	<input type="checkbox"/> 自施設 <input type="checkbox"/> 他施設
レジメン名	
薬剤名（一般名）	
投薬時点の薬剤承認状況	<input type="checkbox"/> 適応内 <input type="checkbox"/> 適応外 <input type="checkbox"/> 未承認（治験薬）
レジメン内容変更情報	
投与開始日	（西暦） 年 月 日
投与終了日 ※レジメンが継続中の場合、継続中に <input checked="" type="checkbox"/>	（西暦） 年 月 日 <input type="checkbox"/> 継続中
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"/> 本人希望で中止 <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"/> Grade3以上なし <input type="checkbox"/> Grade3以上あり <input type="checkbox"/> 不明
発現日 ※Grade3以上ありの場合	（西暦） 年 月 日
名称日本語 ※Grade3以上ありの場合	
最悪Grade ※Grade3以上ありの場合	<input type="checkbox"/> Grade3 <input type="checkbox"/> Grade4 <input type="checkbox"/> Grade5 <input type="checkbox"/> 不明

〇不明（上記以外）

項目	説明
実施目的	<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	<input type="checkbox"/> 自施設 <input type="checkbox"/> 他施設
レジメン名	
薬剤名（一般名）	
投薬時点の薬剤承認状況	<input type="checkbox"/> 適応内 <input type="checkbox"/> 適応外 <input type="checkbox"/> 未承認（治験薬）
レジメン内容変更情報	
投与開始日	（西暦） 年 月 日
投与終了日 ※レジメンが継続中の場合、継続中に <input checked="" type="checkbox"/>	（西暦） 年 月 日 <input type="checkbox"/> 継続中
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"/> 本人希望で中止 <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"/> Grade3以上なし <input type="checkbox"/> Grade3以上あり <input type="checkbox"/> 不明
発現日 ※Grade3以上ありの場合	（西暦） 年 月 日
名称日本語 ※Grade3以上ありの場合	
最悪Grade ※Grade3以上ありの場合	<input type="checkbox"/> Grade3 <input type="checkbox"/> Grade4 <input type="checkbox"/> Grade5 <input type="checkbox"/> 不明