

## 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12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"/> 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"/> 膵臓 <input type="checkbox"/> 膵臓/膵臓 <input type="checkbox"/> 腹膜 <input type="checkbox"/> 肝臓 <input type="checkbox"/> 胆道 <input type="checkbox"/> 膵臓 <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"/> 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
臨床診断名	
診断日（日付・曖昧指定可）	（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
初回治療前のステージ分類	<input type="checkbox"/> 0期 <input type="checkbox"/> Ⅰ期 <input type="checkbox"/> Ⅱ期 <input type="checkbox"/> Ⅲ期 <input type="checkbox"/> Ⅳ期 <input type="checkbox"/> 該当せず <input type="checkbox"/> 不明
喫煙歴有無	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> 不明
喫煙年数（※喫煙ありの場合）	（年）
1日の本数（※喫煙ありの場合）	（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"/> 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 <input type="checkbox"/> 腹膜 <input type="checkbox"/> 肝臓 <input type="checkbox"/> 胆道 <input type="checkbox"/> 膵臓 <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"/> その他 <input type="checkbox"/> 造血管腫瘍
②重複がん部位（その他） ※①で（その他）を入力した場合	
③重複がん活動性 ※必須	<input type="checkbox"/> 活動性 <input type="checkbox"/> 非活動性 <input type="checkbox"/> 不明
④発症年齢	（歳）

多発がん有無（同一臓器）	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> 不明
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発症年齢	（歳）

既知の遺伝性疾患の有無	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> 不明
①既知の遺伝性疾患名 ※既知の遺伝性疾患で「あり」を選択した場合	<input type="checkbox"/> BAP1TumorPredispositionSynd <input type="checkbox"/> Birt-Hogg-Dube Syndrome (BHD) <input type="checkbox"/> CancerPredispositionSynd <input type="checkbox"/> FAP <input type="checkbox"/> HBOC <input type="checkbox"/> HDGC <input type="checkbox"/> HereditaryLeiomyomatosis andRenalCell Cancer (HLRCC) <input type="checkbox"/> HereditaryPapillaryRenalCancer (HPRC) <input type="checkbox"/> HPPS <input type="checkbox"/> JuvenilePolyposis <input type="checkbox"/> Loeys-Dietz <input type="checkbox"/> Lynch <input type="checkbox"/> Malignant Melanoma <input type="checkbox"/> MAP <input type="checkbox"/> Melanoma <input type="checkbox"/> Melanoma/Pancreatic Ca <input type="checkbox"/> MEN1 <input type="checkbox"/> MEN2 <input type="checkbox"/> MODY3 <input type="checkbox"/> NF1 <input type="checkbox"/> NF2 <input type="checkbox"/> Peutz-Jeghers <input type="checkbox"/> Polymerase Proofreading-Associated Polyposis (PPAP) <input type="checkbox"/> PTEN Hamartoma <input type="checkbox"/> Retinoblastoma <input type="checkbox"/> RhabdoidTumorPredispositionSynd <input type="checkbox"/> InheritedBoneMarrowFailureSynd <input type="checkbox"/> Loeys-Dietz <input type="checkbox"/> Pheochromocytoma <input type="checkbox"/> Li-Fraumeni <input type="checkbox"/> TuberousSclerosisCompleX <input type="checkbox"/> VHL <input type="checkbox"/> WT1-relatedWilms <input type="checkbox"/> その他
②既知の遺伝性疾患名（その他） ※①で「その他」を選択した場合	

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"/> 同胞（男） <input type="checkbox"/> 同胞（女） <input type="checkbox"/> 子 <input type="checkbox"/> 大叔父 <input type="checkbox"/> 大叔母 <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"/> おじおば（詳細不明） <input type="checkbox"/> 甥姪 <input type="checkbox"/> 孫 <input type="checkbox"/> いとこ <input type="checkbox"/> いとこ（父方） <input type="checkbox"/> いとこ（母方） <input type="checkbox"/> いとこ（詳細不明） <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"/> 子宮（その他、詳細不明） <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"/> 造血器（その他） <input type="checkbox"/> 造血器（詳細不明） <input type="checkbox"/> 末梢神経系 <input type="checkbox"/> 原発不明 <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
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"/> 同胞（男） <input type="checkbox"/> 同胞（女） <input type="checkbox"/> 子 <input type="checkbox"/> 大叔父 <input type="checkbox"/> 大叔母 <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"/> おじおば（詳細不明） <input type="checkbox"/> 甥姪 <input type="checkbox"/> 孫 <input type="checkbox"/> いとこ <input type="checkbox"/> いとこ（父方） <input type="checkbox"/> いとこ（母方） <input type="checkbox"/> いとこ（詳細不明） <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"/> 子宮（その他、詳細不明） <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"/> 造血器（その他） <input type="checkbox"/> 造血器（詳細不明） <input type="checkbox"/> 末梢神経系 <input type="checkbox"/> 原発不明 <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
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"/> 同胞（男） <input type="checkbox"/> 同胞（女） <input type="checkbox"/> 子 <input type="checkbox"/> 大叔父 <input type="checkbox"/> 大叔母 <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"/> おじおば（詳細不明） <input type="checkbox"/> 甥姪 <input type="checkbox"/> 孫 <input type="checkbox"/> いとこ <input type="checkbox"/> いとこ（父方） <input type="checkbox"/> いとこ（母方） <input type="checkbox"/> いとこ（詳細不明） <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"/> 子宮（その他、詳細不明） <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"/> 造血器（その他） <input type="checkbox"/> 造血器（詳細不明） <input type="checkbox"/> 末梢神経系 <input type="checkbox"/> 原発不明 <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"/> 脾 <input type="checkbox"/> 腎 <input type="checkbox"/> 腎盂 <input type="checkbox"/> 副腎 <input type="checkbox"/> 膀胱 <input type="checkbox"/> 尿管 <input type="checkbox"/> 前立腺 <input type="checkbox"/> 精巣 <input type="checkbox"/> 陰茎 <input type="checkbox"/> 子宮体部 <input type="checkbox"/> 子宮頸部 <input type="checkbox"/> 卵巣/卵管 <input type="checkbox"/> 膣 <input type="checkbox"/> 皮膚 <input type="checkbox"/> 骨 <input type="checkbox"/> 筋肉 <input type="checkbox"/> 軟部組織 <input type="checkbox"/> 腹膜 <input type="checkbox"/> 髄膜 <input type="checkbox"/> 骨髄 <input type="checkbox"/> リンパ節/リンパ管 <input type="checkbox"/> 末梢神経 <input type="checkbox"/> 血液 <input type="checkbox"/> 原発不明 <input type="checkbox"/> その他

①固形がん（共通）

項目	説明
NTRK 1 / 2 / 3 融合遺伝子	<input type="checkbox"/> 陰性 <input type="checkbox"/> 陽性 <input type="checkbox"/> 判定不能 <input type="checkbox"/> 不明or未検査
①NTRK 1 / 2 / 3 融合遺伝子 - 検査方法 ※「不明or未検査」以外が選択された場合	<input type="checkbox"/> F1CDx <input type="checkbox"/> F1LiquidCDx <input type="checkbox"/> その他 <input type="checkbox"/> 不明
マイクロサテライト不安定性	<input type="checkbox"/> 陰性 <input type="checkbox"/> 陽性 <input type="checkbox"/> 判定不能 <input type="checkbox"/> 不明or未検査
①マイクロサテライト不安定性 - 検査方法 ※「不明or未検査」以外が選択された場合	<input type="checkbox"/> MSI検査キット (FALCO) <input type="checkbox"/> F1CDx <input type="checkbox"/> G360CDx <input type="checkbox"/> IdyllaMSITest 「ニチレイバイオ」 <input type="checkbox"/> その他 <input type="checkbox"/> 不明
ミスマッチ修復機能	<input type="checkbox"/> pMMR（正常） <input type="checkbox"/> dMMR（欠損） <input type="checkbox"/> 判定不能 <input type="checkbox"/> 不明or未検査
①ミスマッチ修復機能 - 検査方法 ※「不明or未検査」以外が選択された場合	<input type="checkbox"/> ベンタナOptiView2抗体 (MSH6、PMS2) <input type="checkbox"/> ベンタナOptiView4抗体 (MSH2、MSH6、MLH1、PMS2) <input type="checkbox"/> その他 <input type="checkbox"/> 不明
腫瘍遺伝子変異量	<input type="checkbox"/> TMB-High (TMBスコアが10mut/Mb以上) <input type="checkbox"/> その他 <input type="checkbox"/> 不明or未検査
腫瘍遺伝子変異量 - 検査方法 ※腫瘍遺伝子変異量で「不明or未検査」以外が 選択された場合	<input type="checkbox"/> F1CDx <input type="checkbox"/> その他 <input type="checkbox"/> 不明

②がん種固有（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
EGFR-検査方法 ※「不明or未検査」以外を選択した場合	<input type="checkbox"/> CobasV2 <input type="checkbox"/> Therascreen <input type="checkbox"/> オンコマイン Dx target Test マルチ CDx <input type="checkbox"/> F1 CDx <input type="checkbox"/> F1Liquid CDx <input type="checkbox"/> Amoy Dx肺癌マルチPCRパネル <input type="checkbox"/> その他 <input type="checkbox"/> 不明
EGFR-type ※「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
EGFR-TKI 耐性後 EGFR-T790M ※「陽性」を選択した場合	<input type="checkbox"/> 陰性 <input type="checkbox"/> 陽性 <input type="checkbox"/> 判定不能 <input type="checkbox"/> 不明or未検査
ALK 融合	<input type="checkbox"/> 陰性 <input type="checkbox"/> 陽性 <input type="checkbox"/> 判定不能 <input type="checkbox"/> 不明or未検査
ALK-検査方法 ※「不明or未検査」以外を選択した場合	<input type="checkbox"/> IHC <input type="checkbox"/> FISH <input type="checkbox"/> IHC+FISH <input type="checkbox"/> RT-PCRのみ <input type="checkbox"/> RT-PCR+FISH <input type="checkbox"/> F1 CDx <input type="checkbox"/> F1Liquid CDx <input type="checkbox"/> オンコマインDxTargetTestマルチCDx <input type="checkbox"/> AmoyDX肺癌マルチPCRパネル <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
①ROS1-検査方法 ※「不明or未検査」以外を選択した場合	<input type="checkbox"/> F1 CDx <input type="checkbox"/> F1Liquid CDx <input type="checkbox"/> オンコマインDxTargetTestマルチCDx <input type="checkbox"/> AmoyDX肺癌マルチPCRパネル <input type="checkbox"/> OncoGuideAmnyDX <input type="checkbox"/> その他 <input type="checkbox"/> 不明
BRAF (V600)	<input type="checkbox"/> 陰性 <input type="checkbox"/> 陽性 <input type="checkbox"/> 判定不能 <input type="checkbox"/> 不明or未検査
①BRAF (V600)-検査方法 ※「不明or未検査」以外を選択した場合	<input type="checkbox"/> オンコマインDxTargetTestマルチCDx <input type="checkbox"/> AmoyDX肺癌マルチPCRパネル <input type="checkbox"/> その他 <input type="checkbox"/> 不明
PD-L1 (IHC)	<input type="checkbox"/> 陰性 <input type="checkbox"/> 陽性 <input type="checkbox"/> 判定不能 <input type="checkbox"/> 不明or未検査
①PD-L1 (IHC)-検査方法 ※「不明or未検査」以外を選択した場合	<input type="checkbox"/> Nivolumab/Dako28-8 (BMS/小野) <input type="checkbox"/> Pembrolizumab/Dako22C3 (Merck) <input type="checkbox"/> SP142 <input type="checkbox"/> SP263 (術後補助療法) <input type="checkbox"/> その他 <input type="checkbox"/> 不明
②陽性率 ※「陽性」を選択した場合	(%)
MET遺伝子エクソン14スキッピング変異	<input type="checkbox"/> 陰性 <input type="checkbox"/> 陽性 <input type="checkbox"/> 判定不能 <input type="checkbox"/> 不明or未検査
①MET遺伝子エクソン14スキッピング変異- 検査方法 ※「不明or未検査」以外を選択した場合	<input type="checkbox"/> ArcherMETコンパニオン診断システム <input type="checkbox"/> AmoyDX肺癌マルチPCRパネル <input type="checkbox"/> その他 <input type="checkbox"/> 不明
KRAS G12C遺伝子変異	<input type="checkbox"/> 陰性 <input type="checkbox"/> 陽性 <input type="checkbox"/> 判定不能 <input type="checkbox"/> 不明or未検査
①KRAS G12C遺伝子変異-検査方法 ※「不明or未検査」以外を選択した場合	<input type="checkbox"/> therascreen <input type="checkbox"/> その他 <input type="checkbox"/> 不明
RET融合遺伝子	<input type="checkbox"/> 陰性 <input type="checkbox"/> 陽性 <input type="checkbox"/> 判定不能 <input type="checkbox"/> 不明or未検査
①RET融合遺伝子-検査方法 ※「不明or未検査」以外を選択した場合	<input type="checkbox"/> オンコマイン Dx Target Test マルチ CDx <input type="checkbox"/> その他 <input type="checkbox"/> 不明
アスベスト曝露歴	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> 不明

③がん種固有（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
gBRCA1	<input type="checkbox"/> 陰性 <input type="checkbox"/> 陽性 <input type="checkbox"/> 判定不能 <input type="checkbox"/> 不明or未検査
gBRCA1-検査方法 ※「不明or未検査」以外を選択した場合	<input type="checkbox"/> BRACAnalysis診断システム <input type="checkbox"/> その他 <input type="checkbox"/> 不明
gBRCA2	<input type="checkbox"/> 陰性 <input type="checkbox"/> 陽性 <input type="checkbox"/> 判定不能 <input type="checkbox"/> 不明or未検査
gBRCA2-検査方法 ※「不明or未検査」以外を選択した場合	<input type="checkbox"/> BRACAnalysis診断システム <input type="checkbox"/> その他 <input type="checkbox"/> 不明
PD-L1タンパク	<input type="checkbox"/> 陰性 <input type="checkbox"/> 陽性 <input type="checkbox"/> 判定不能 <input type="checkbox"/> 不明or未検査
PD-L1タンパク-検査方法 ※「不明or未検査」以外を選択した場合	<input type="checkbox"/> PD-L1 IHC 22C3 pharmDx 「ダコ」 <input type="checkbox"/> ベンタナ OptiView PD-L1 (SP142) <input type="checkbox"/> その他 <input type="checkbox"/> 不明
ERBB2コピー数異常	<input type="checkbox"/> 陰性 <input type="checkbox"/> equivocal <input type="checkbox"/> 陽性 <input type="checkbox"/> 判定不能 <input type="checkbox"/> 不明or未検査
ERBB2コピー数異常-検査方法 ※「不明or未検査」以外を選択した場合	<input type="checkbox"/> F1 CDx <input type="checkbox"/> その他 <input type="checkbox"/> 不明

④がん種固有（食道、胃、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検査方法 ※「不明or未検査」以外を選択した場合	<input type="checkbox"/> PCR-rSSO法 <input type="checkbox"/> MEBGEN RASKET-B キット <input type="checkbox"/> OncoBEAM RAS CRCキット <input type="checkbox"/> F1 CDx <input type="checkbox"/> その他 <input type="checkbox"/> 不明
KRAS-TYPE ※「陽性」を選択した場合 ※複数選択可能	<input type="checkbox"/> codon12 <input type="checkbox"/> codon13 <input type="checkbox"/> codon59 <input type="checkbox"/> codon61 <input type="checkbox"/> codon117 <input type="checkbox"/> codon146 <input type="checkbox"/> 不明
NRAS	<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検査方法 ※「不明or未検査」以外を選択した場合	<input type="checkbox"/> PCR-rSSO法 <input type="checkbox"/> MEBGEN RASKET-B キット <input type="checkbox"/> OncoBEAM RAS CRCキット <input type="checkbox"/> F1 CDx <input type="checkbox"/> その他 <input type="checkbox"/> 不明
NRAS-TYPE ※「陽性」を選択した場合 ※複数選択可能	<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
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
HER2タンパク検査方法 ※「不明or未検査」以外を選択した場合	<input type="checkbox"/> ベンタナ ultraView パスウェー HER2（4B5） <input type="checkbox"/> その他 <input type="checkbox"/> 不明
HER2遺伝子増幅(ISH法)検査方法 ※「境界線（2+）」を選択した場合	<input type="checkbox"/> パスビジョンHER-2 DNAプローブキット <input type="checkbox"/> その他 <input type="checkbox"/> 不明or未検査
HER2遺伝子増幅(ISH法) ※「不明or未検査」以外を選択した場合	<input type="checkbox"/> 陰性 <input type="checkbox"/> equivocal <input type="checkbox"/> 陽性 <input type="checkbox"/> 判定不能
EGFR (IHC)	<input type="checkbox"/> 陰性 <input type="checkbox"/> 陽性 <input type="checkbox"/> 判定不能 <input type="checkbox"/> 不明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
BRAF(V600)検査方法 ※「不明or未検査」以外を選択した場合	<input type="checkbox"/> MEBGEN RASKET-B キット <input type="checkbox"/> therascreen <input type="checkbox"/> その他 <input type="checkbox"/> 不明

⑤がん種固有（皮膚）

項目	説明
BRAF 遺伝子変異	<input type="checkbox"/> 陰性 <input type="checkbox"/> 陽性 <input type="checkbox"/> 判定不能 <input type="checkbox"/> 不明or未検査
BRAF遺伝子変異-検査方法 ※「不明or未検査」以外を選択した場合	<input type="checkbox"/> コバス BRAF V600 変異検出キット <input type="checkbox"/> F1 CDx <input type="checkbox"/> THxID BRAF キット <input type="checkbox"/> MEBGEN BRAF キット <input type="checkbox"/> その他 <input type="checkbox"/> 不明
BRAF-type ※「陽性」を選択した場合	<input type="checkbox"/> V600E <input type="checkbox"/> V600K <input type="checkbox"/> 判定不能 <input type="checkbox"/> 不明or未検査

⑥がん種固有（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

⑦がん種固有（膵癌）

項目	説明
gBRCA1	<input type="checkbox"/> 陰性 <input type="checkbox"/> 陽性 <input type="checkbox"/> 判定不能 <input type="checkbox"/> 不明or未検査
gBRCA1-検査方法 ※「不明or未検査」以外を選択した場合	<input type="checkbox"/> BRACAnalysis診断システム <input type="checkbox"/> その他 <input type="checkbox"/> 不明
gBRCA2	<input type="checkbox"/> 陰性 <input type="checkbox"/> 陽性 <input type="checkbox"/> 判定不能 <input type="checkbox"/> 不明or未検査
gBRCA2-検査方法 ※「不明or未検査」以外を選択した場合	<input type="checkbox"/> BRACAnalysis診断システム <input type="checkbox"/> その他 <input type="checkbox"/> 不明

⑧がん種固有（前立腺）

項目	説明
gBRCA1	<input type="checkbox"/> 陰性 <input type="checkbox"/> 陽性 <input type="checkbox"/> 判定不能 <input type="checkbox"/> 不明or未検査
gBRCA1-検査方法 ※「不明or未検査」以外を選択した場合	<input type="checkbox"/> F1 CDx <input type="checkbox"/> F1Liquid CDx <input type="checkbox"/> BRACAnalysis診断システム <input type="checkbox"/> その他 <input type="checkbox"/> 不明
gBRCA2	<input type="checkbox"/> 陰性 <input type="checkbox"/> 陽性 <input type="checkbox"/> 判定不能 <input type="checkbox"/> 不明or未検査
gBRCA2-検査方法 ※「不明or未検査」以外を選択した場合	<input type="checkbox"/> F1 CDx <input type="checkbox"/> F1Liquid CDx <input type="checkbox"/> BRACAnalysis診断システム <input type="checkbox"/> その他 <input type="checkbox"/> 不明

⑨がん種固有（卵巣/卵管）

項目	説明
gBRCA1	<input type="checkbox"/> 陰性 <input type="checkbox"/> 陽性 <input type="checkbox"/> 判定不能 <input type="checkbox"/> 不明or未検査
gBRCA1-検査方法 ※「不明or未検査」以外を選択した場合	<input type="checkbox"/> F1 CDx <input type="checkbox"/> BRACAnalysis診断システム <input type="checkbox"/> myChoice診断システム <input type="checkbox"/> その他 <input type="checkbox"/> 不明
gBRCA2	<input type="checkbox"/> 陰性 <input type="checkbox"/> 陽性 <input type="checkbox"/> 判定不能 <input type="checkbox"/> 不明or未検査
gBRCA2-検査方法 ※「不明or未検査」以外を選択した場合	<input type="checkbox"/> F1 CDx <input type="checkbox"/> BRACAnalysis診断システム <input type="checkbox"/> myChoice診断システム <input type="checkbox"/> その他 <input type="checkbox"/> 不明
相同組換え修復欠損	<input type="checkbox"/> 陰性 <input type="checkbox"/> 陽性 <input type="checkbox"/> 判定不能 <input type="checkbox"/> 不明or未検査
相同組換え修復欠損-検査方法 ※「不明or未検査」以外を選択した場合	<input type="checkbox"/> myChoice診断システム <input type="checkbox"/> その他 <input type="checkbox"/> 不明

2-4.薬物療法

○1次治療（1st line）

項目	説明
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
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
承認薬併用治験への該当 ※「企業治験」「医師主導治験」の場合	<input type="checkbox"/> 該当しない <input type="checkbox"/> 該当する
レジメン名	
薬剤名（一般名）	
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☑と下段	（西暦） 年 月 日 <input type="checkbox"/> 継続中
終了理由 ※継続中の場合は記載不要 ※各理由ごとに下段の詳細入力	<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
継続中の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
●終了理由「計画通り終了」「本人希望で中止」「その他理由で中止」「不明」の場合	
Grade3以上の有害事象の有無 ※Grade3以上の非血液毒性の有無を入力	<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
●終了理由「無効中止」の場合	
増悪確認日	（西暦） 年 月 日
Grade3以上の有害事象の有無 ※Grade3以上の非血液毒性の有無を入力	<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
●終了理由「副作用等で中止」の場合	
Grade3以上の有害事象の有無 ※Grade3以上の非血液毒性の有無を入力	<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
中止に至った有害事象の詳細	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> 不明 ※「中止に至った有害事象」が上記以外には無い場合は「不明」を選択
中止に至った有害事象名 ※日本語 ※「あり」の場合	
最悪Grade ※「あり」の場合	<input type="checkbox"/> Grade1 <input type="checkbox"/> Grade2 <input type="checkbox"/> Grade3 <input type="checkbox"/> Grade4 <input type="checkbox"/> Grade5 <input type="checkbox"/> 不明



○2次治療（2nd line）

項目	説明
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
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
承認薬併用治験への該当 ※「企業治験」「医師主導治験」の場合	<input type="checkbox"/> 該当しない <input type="checkbox"/> 該当する
レジメン名	
薬剤名（一般名）	
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☑と下段	（西暦） 年 月 日 <input type="checkbox"/> 継続中
終了理由 ※継続中の場合は記載不要 ※各理由ごとに下段の詳細入力	<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
継続中の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
<b>●終了理由「計画通り終了」「本人希望で中止」「その他理由で中止」「不明」の場合</b>	
Grade3以上の有害事象の有無 ※Grade3以上の非血液毒性の有無を入力	<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
<b>●終了理由「無効中止」の場合</b>	
増悪確認日	（西暦） 年 月 日
Grade3以上の有害事象の有無 ※Grade3以上の非血液毒性の有無を入力	<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
<b>●終了理由「副作用等で中止」の場合</b>	
Grade3以上の有害事象の有無 ※Grade3以上の非血液毒性の有無を入力	<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
中止に至った有害事象の詳細	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> 不明 ※「中止に至った有害事象」が上記以外には無い場合は「不明」を選択
中止に至った有害事象名 ※日本語 ※「あり」の場合	
最悪Grade ※「あり」の場合	<input type="checkbox"/> Grade1 <input type="checkbox"/> Grade2 <input type="checkbox"/> Grade3 <input type="checkbox"/> Grade4 <input type="checkbox"/> Grade5 <input type="checkbox"/> 不明

○3次治療（3rd line）

項目	説明
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
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
承認薬併用治験への該当 ※「企業治験」「医師主導治験」の場合	<input type="checkbox"/> 該当しない <input type="checkbox"/> 該当する
レジメン名	
薬剤名（一般名）	
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☑と下段	（西暦） 年 月 日 <input type="checkbox"/> 継続中
終了理由 ※継続中の場合は記載不要 ※各理由ごとに下段の詳細入力	<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
継続中の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
<b>●終了理由「計画通り終了」「本人希望で中止」「その他理由で中止」「不明」の場合</b>	
Grade3以上の有害事象の有無 ※Grade3以上の非血液毒性の有無を入力	<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
<b>●終了理由「無効中止」の場合</b>	
増悪確認日	（西暦） 年 月 日
Grade3以上の有害事象の有無 ※Grade3以上の非血液毒性の有無を入力	<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
<b>●終了理由「副作用等で中止」の場合</b>	
Grade3以上の有害事象の有無 ※Grade3以上の非血液毒性の有無を入力	<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
中止に至った有害事象の詳細	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> 不明 ※「中止に至った有害事象」が上記以外には無い場合は「不明」を選択
中止に至った有害事象名 ※日本語 ※「あり」の場合	
最悪Grade ※「あり」の場合	<input type="checkbox"/> Grade1 <input type="checkbox"/> Grade2 <input type="checkbox"/> Grade3 <input type="checkbox"/> Grade4 <input type="checkbox"/> Grade5 <input type="checkbox"/> 不明

○4次治療（4th line）

項目	説明
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
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
承認薬併用治験への該当 ※「企業治験」「医師主導治験」の場合	<input type="checkbox"/> 該当しない <input type="checkbox"/> 該当する
レジメン名	
薬剤名（一般名）	
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☑と下段	（西暦） 年 月 日 <input type="checkbox"/> 継続中
終了理由 ※継続中の場合は記載不要 ※各理由ごとに下段の詳細入力	<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
継続中の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
<b>●終了理由「計画通り終了」「本人希望で中止」「その他理由で中止」「不明」の場合</b>	
Grade3以上の有害事象の有無 ※Grade3以上の非血液毒性の有無を入力	<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
<b>●終了理由「無効中止」の場合</b>	
増悪確認日	（西暦） 年 月 日
Grade3以上の有害事象の有無 ※Grade3以上の非血液毒性の有無を入力	<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
<b>●終了理由「副作用等で中止」の場合</b>	
Grade3以上の有害事象の有無 ※Grade3以上の非血液毒性の有無を入力	<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
中止に至った有害事象の詳細	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> 不明 ※「中止に至った有害事象」が上記以外には無い場合は「不明」を選択
中止に至った有害事象名 ※日本語 ※「あり」の場合	
最悪Grade ※「あり」の場合	<input type="checkbox"/> Grade1 <input type="checkbox"/> Grade2 <input type="checkbox"/> Grade3 <input type="checkbox"/> Grade4 <input type="checkbox"/> Grade5 <input type="checkbox"/> 不明

〇5次治療以降（5th line以降）

項目	説明
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
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
承認薬併用治験への該当 ※「企業治験」「医師主導治験」の場合	<input type="checkbox"/> 該当しない <input type="checkbox"/> 該当する
レジメン名	
薬剤名（一般名）	
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☑と下段	(西暦) 年 月 日 <input type="checkbox"/> 継続中
終了理由 ※継続中の場合は記載不要 ※各理由ごとに下段の詳細入力	<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
継続中の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
<b>●終了理由「計画通り終了」「本人希望で中止」「その他理由で中止」「不明」の場合</b>	
Grade3以上の有害事象の有無 ※Grade3以上の非血液毒性の有無を入力	<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
<b>●終了理由「無効中止」の場合</b>	
増悪確認日	(西暦) 年 月 日
Grade3以上の有害事象の有無 ※Grade3以上の非血液毒性の有無を入力	<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
<b>●終了理由「副作用等で中止」の場合</b>	
Grade3以上の有害事象の有無 ※Grade3以上の非血液毒性の有無を入力	<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
中止に至った有害事象名 ※日本語 ※「あり」の場合	
発現日 ※「あり」の場合	(西暦) 年 月 日 ※ <input type="checkbox"/> 中止に至った有害事象
最悪Grade ※「あり」の場合	<input type="checkbox"/> Grade1 <input type="checkbox"/> Grade2 <input type="checkbox"/> Grade3 <input type="checkbox"/> Grade4 <input type="checkbox"/> Grade5 <input type="checkbox"/> 不明