

カルテID:
患者名:

II エキスパートパネル前までに確認項目

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） ※必須	<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 ※必須	<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	

カルテID：
患者名：

2-2.家族歴

項目	説明
家族歴有無 ※必須	<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"/> 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
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"/> 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
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"/> 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

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"/> 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"/> 腔 <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）

カルテID:
患者名:

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 ※必須	<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） ※必須

項目	説明
NTRK1/2/3融合遺伝子	<input type="checkbox"/> 陰性 <input type="checkbox"/> 陽性 <input type="checkbox"/> 判定不能 <input type="checkbox"/> 不明or未検査
①NTRK1/2/3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"/> ペンタナOptiView2抗体 (MSH6、PMS2) <input type="checkbox"/> ペンタナ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

カルテID：
患者名：

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 targe 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

カルテID：
患者名：

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"/> ペンタナ 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

カルテID:
患者名:

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
HFR2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

当院の検査方法の状況

KRAS、NRAS（大腸がん）遺伝子検査	2022年4月まで HRM法・デルタツークス法のため、「その他」を選択 2022年4月以降 組織検体（FFPE）は「MEBGEN RASKET-B キット」を選択 血液検体 「OncoBEAM RAS CRCキット」を選択
BRAF（V600）遺伝子検査	2022年4月までは「その他」を選択 2022年4月以降は「MEBGEN RASKET-B キット」を選択
HER2タンパク検査	「ベンタナ ultraView パスウェー HER2（4B5）」を選択
HER2遺伝子増幅（ISH法）検査	「パスビジョンHER-2 DNAプローブキット」を選択
EGFR（IHC）	「未検査」を選択 ※提出歴なし
BRAF（IHC）	「未検査」を選択 ※提出歴なし

カルテID：
患者名：

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

当院の検査方法の状況

BRAF遺伝子変異	外注の場合は、「THxID BRAF キット」を選択 院内法でBRAF検査をした場合は、「その他」を選択
-----------	---

カルテID：

患者名：

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

カルテID：
患者名：

⑦がん種固有（膀胱）

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"/> BRCAAnalysis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"/> BRCAAnalysis診断システム <input type="checkbox"/> その他 <input type="checkbox"/> 不明

カルテID：
患者名：

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

カルテID：
患者名：

◎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

C-CAT入力用

カルテID：
患者名：

⑩がん種固有（胆道）

項目	説明
FGFR2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
FGFR2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"/> F1 CDx <input type="checkbox"/> その他 <input type="checkbox"/> 不明

カルテID：
患者名：

2-4.薬物療法【E P前】

○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☑と下段の詳細入力	(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

O2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☑と下段の詳細入力	(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

O3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☑と下段の詳細入力	(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

O4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☑と下段の詳細入力	(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

O5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☑と下段の詳細入力	(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

カルテID：
患者名：

Ⅲ エキスパートパネル後の確認項目

3-1.治療方針

項目	説明
エキスパートパネル開催日	(西暦) 年 月 日
EPの結果治療薬の選択肢が提示された	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
提示された治療薬を投与した (他院で投与した場合を含む)	<input type="checkbox"/> 投与した <input type="checkbox"/> 投与しなかった <input type="checkbox"/> 不明

①提示された治療薬を「投与しなかった」場合

項目	説明
前治療継続の有無	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし
提示された治療薬とは異なる薬剤投与の有無	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし ※「あり」の場合③へ
提示された治療薬を投与しなかった理由	<input type="checkbox"/> EP提示の治療等に参加できなかった <input type="checkbox"/> 主治医の主に臨床的な判断 <input type="checkbox"/> 患者側の希望または事情 <input type="checkbox"/> 死亡 <input type="checkbox"/> その他

②提示された治療薬を「投与した」場合

項目	説明
治療方針	<input type="checkbox"/> 企業治験 <input type="checkbox"/> 医師主導型治験 <input type="checkbox"/> 先進医療 <input type="checkbox"/> 患者申出療養 <input type="checkbox"/> 保険診療 <input type="checkbox"/> その他
治療ライン	<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次治療以降 <input type="checkbox"/> 不明
実施施設	<input type="checkbox"/> 自施設 <input type="checkbox"/> 他施設
投与開始日	(西暦) 年 月 日

※「投与した」場合詳細情報入力あり

③. ①で「提示された治療薬とは異なる薬剤投与」あり又は②で「先進医療」「患者申出療養」「保険診療」「その他」を選択した場合

項目	説明
レジメン名	
身長（任意）	
体重（任意）	
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）
（初回）投与量（任意）	
単位（任意）	<input type="checkbox"/> mg/body <input type="checkbox"/> mg/m ² <input type="checkbox"/> mg/kg <input type="checkbox"/> IU/body
用法（任意）	<input type="checkbox"/> 経口 <input type="checkbox"/> 静注 <input type="checkbox"/> 点滴静注 <input type="checkbox"/> 皮下 <input type="checkbox"/> 筋注 <input type="checkbox"/> 動注 <input type="checkbox"/> その他
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☑と下段の詳細	（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"/> 死亡中止 <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」「死亡中止」「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	※「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 <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> 不明
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

カルテID：
患者名：

Ⅲ エキスパートパネル後の確認項目

4.がん種情報（CGP後）

病名変更の有無	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> 不明
がん種区分 ※病名変更ありの場合	<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/膵大部 <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

5.転帰

項目	説明
転帰	<input type="checkbox"/> 生存 <input type="checkbox"/> 死亡 <input type="checkbox"/> 不明もしくは追跡不可
最終生存確認日 ※日付曖昧指定可	(西暦) 年 月 日

カルテID：
患者名：

Ⅲ エキスパートパネル後の確認項目

6.症例管理情報

項目	説明
二重登録の有無	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし
検査中止の有無	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし
出検前後の別 ※検査中止「あり」の場合	<input type="checkbox"/> 出検後 <input type="checkbox"/> 出検前
検査中止理由 ※検査中止「あり」の場合	<input type="checkbox"/> 患者死亡 <input type="checkbox"/> 検体不良 <input type="checkbox"/> 患者都合 <input type="checkbox"/> 病態悪化 <input type="checkbox"/> 医師判断 <input type="checkbox"/> 転院 <input type="checkbox"/> 施設都合 <input type="checkbox"/> 不明・その他