

がん遺伝子パネル検査 患者情報入力シート

< 腎臓／膀胱／尿路 >

こちらの様式は略語・アルファベット等避け、可能な限り平易な言葉でご記入願います

【基本情報】

ふりがな	
臨床主治医	
患者氏名	
生年月日	(西暦) 年 月 日
性別	<input type="checkbox"/> 男性 <input type="checkbox"/> 女性
小児がんの有無	<input type="checkbox"/> 該当しない <input type="checkbox"/> 該当する
移植歴	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり (英語入力: _____)
これまで C-CAT への登録の有無	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> 不明 ありの場合、過去の登録 ID (10 桁) 例) EC0000012345 ID: _____

【がん種区分】

調査結果の臨床試験や薬剤情報、エビデンスに影響を与える情報となるため、選択にはご注意ください

腎臓	<input type="checkbox"/> 腎明細胞肉腫#0345 <input type="checkbox"/> 腎細胞癌#0346 <input type="checkbox"/> 淡明細胞型腎細胞癌#0347 <input type="checkbox"/> 腎髓様癌#0356 <input type="checkbox"/> 肉腫様特徴を有する淡明細胞型腎細胞癌#0348 <input type="checkbox"/> 非淡明細胞型腎細胞癌#0349 <input type="checkbox"/> 嫌色素性腎細胞癌#0350 <input type="checkbox"/> 淡明細胞型乳頭状腎細胞癌#0351 <input type="checkbox"/> 集合管腎細胞癌#0352 <input type="checkbox"/> FH 欠乏性腎細胞癌#0353 <input type="checkbox"/> 乳頭状腎細胞癌#0354 <input type="checkbox"/> 腎血管筋脂肪腫#0355 <input type="checkbox"/> 腎粘液管状紡錘細胞癌#0357 <input type="checkbox"/> 腎膨大細胞腫#0358 <input type="checkbox"/> 分類不能型腎細胞癌#0362 <input type="checkbox"/> 腎小細胞癌#0359 <input type="checkbox"/> 肉腫様腎細胞癌#0360 <input type="checkbox"/> 転座型腎細胞癌#0361 <input type="checkbox"/> 腎神経内分泌腫瘍#0363 <input type="checkbox"/> 腎ラブドイド腫瘍#0364 <input type="checkbox"/> ウィルムス腫瘍#0365
膀胱／尿路	<input type="checkbox"/> 膀胱腺癌#0367 <input type="checkbox"/> 膀胱扁平上皮癌#0368 <input type="checkbox"/> 膀胱炎症性筋線維芽細胞性腫瘍#0370 <input type="checkbox"/> 膀胱尿路上皮癌#0369 <input type="checkbox"/> 尿路上皮内反性乳頭腫#0371 <input type="checkbox"/> 尿道粘膜 (悪性) 黒色腫#0372 <input type="checkbox"/> 膀胱形質細胞様/印環細胞癌#0373 <input type="checkbox"/> 膀胱肉腫様癌#0374 <input type="checkbox"/> 膀胱小細胞癌#0375 <input type="checkbox"/> 上部尿路上皮癌#0376 <input type="checkbox"/> 尿膜管癌#0377 <input type="checkbox"/> 尿膜管腺癌#0378 <input type="checkbox"/> 尿道尿路上皮癌#0382 <input type="checkbox"/> 尿道腺癌#0380 <input type="checkbox"/> 尿道癌#0379 <input type="checkbox"/> 尿道扁平上皮癌#0381 <input type="checkbox"/> 尿路上皮乳頭腫#0383

【患者背景情報】

臨床診断名	病理診断名と一致している必要はなく、画像所見や臨床症状・経過など総合的に判断して主治医が治療の対象としている診断名を記入
診断日	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、がんの診断する根拠となった検査が行われた日を記載 ※2 参照) (西暦) 年 月 日
初回治療前のステージ分類	進行期の場合は臨床病期を入力、再発症例については他臓器への転移巣があればIV期、局所再発の場合は該当せず □0期 □I期 □II期 □III期 □IV期 □該当せず □不明
出検時の臨床病期	現在の病期を入力 □Stage1 □Stage2 □Stage3 □Stage4 □不明/該当せず
喫煙歴	□なし □あり 喫煙総年数 _____ 年 1日の本数 _____ 本/日
アルコール多飲有無	□なし □あり □不明
ECOG PS	□0 □1 □2 □3 □4 □不明

※2 診断日を決定する重み付けについては：治療方針が決定される前に行われたがん診断の根拠となった検査をどの検査にするか、方針決定前の診断の根拠となった検査日をどの検査日とするかについては、全ての陽性検査（他施設での検査も含む）を時系列に並べ、最も早い、より確からしい検査を行った日を、以下のうち、最も数字の小さい検査が行われた日をご入力ください。（数字が小さいほどその診断の確からしさが高いと考えることとします。）

- 1.原発巣の組織診陽性（病理組織診によるがんの診断）
- 2.転移巣の組織診陽性（病理組織診によるがんの診断）
- 3.細胞診の陽性（組織診ではがんの診断なし）
- 4.部位特異的腫瘍マーカーによる診断
- 5.臨床検査による診断（画像診断を含む）
- 6.臨床診断による診断（上記1～5を伴わないもの）

【多発がん情報】

同一臓器に同一がん種が多発したことを確認できた場合、腫瘍の数に関係なく1つのがん種となる点に留意する

多発がんの有無	□なし □あり □不明
	ありの場合、下記入力 ・発症年齢 _____ 歳 ・多発がんの活動性※4 参照) □活動性 □非活動性 □不明

※4 多発がんの活動性の定義：同時性多発がん、および無病期間が5年以内の異時性多発がんを、多発がんの「活動性あり」とします。ただし、無病期間が5年未満であっても、臨床病期I期の前立腺癌、放射線治療により完全奏効となった臨床病期0期、I期の喉頭癌、完全切除された5年相対生存率が95%以上相当のがんの既往は活動性の多発がんを含めない。

【重複がん情報】

異なる臓器にそれぞれ原発のがんが存在する状態、同一の臓器内に異なる組織型のがんが存在する状態のうち少なくともどちらか一方が該当する場合

重複がんの有無	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> 不明
	ありの場合、がん種ごとに下記入力 重複がん (1) ・発症年齢 _____ 歳 ・重複がんの活動性 <small>※3 参照</small> <input type="checkbox"/> 活動性 <input type="checkbox"/> 非活動性 <input type="checkbox"/> 不明 ・病名 _____
	重複がん (2) ・発症年齢 _____ 歳 ・重複がんの活動性 <small>※3 参照</small> <input type="checkbox"/> 活動性 <input type="checkbox"/> 非活動性 <input type="checkbox"/> 不明 ・病名 _____
	重複がん (3) ・発症年齢 _____ 歳 ・重複がんの活動性 <small>※3 参照</small> <input type="checkbox"/> 活動性 <input type="checkbox"/> 非活動性 <input type="checkbox"/> 不明 ・病名 _____ (重複がん (4) 以上ありは、本ページをコピーしてご記載ください)

※3 重複がんの活動性の定義：同時性重複がん、および無病期間が5年以内の異時性重複がんを、重複がんの「活動性あり」とします。ただし、無病期間が5年未満であっても、臨床病期Ⅰ期の前立腺癌、放射線治療により完全奏効となった臨床病期0期、Ⅰ期の喉頭癌、完全切除された5年相対生存率が95%以上相当のがんの既往は活動性の重複がんを含めない。

【転移の有無】

原発巣と不連続に発生する病変でリンパ行性、血行性に発生したと思われるがん、または播種性のがんを転移とする

転移の有無	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> 不明
	ありの場合、該当する転移の部位をすべて選択 <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"/> 唾液腺 <input type="checkbox"/> 甲状腺 <input type="checkbox"/> 鼻・副鼻腔 <input type="checkbox"/> 肺 <input type="checkbox"/> 胸膜 <input type="checkbox"/> 胸腺 <input type="checkbox"/> 乳腺 <input type="checkbox"/> 皮膚 <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"/> 精巣 <input type="checkbox"/> 前立腺 <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"/> 骨 <input type="checkbox"/> 筋肉 <input type="checkbox"/> 軟部組織 <input type="checkbox"/> リンパ節/リンパ管 <input type="checkbox"/> 腹膜 <input type="checkbox"/> 髄膜 <input type="checkbox"/> 骨髄 <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

【家族歴】

家族歴（がん）の有無	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> 不明
	<p>ありの場合、がん罹患家族ごとに下記入力</p> <p>家族（1）</p> <p>・続柄 _____（ <input type="checkbox"/>父方 <input type="checkbox"/>母方 ）</p> <p>・がん種 _____</p> <p>・罹患年齢 _____歳</p> <p>家族（2）</p> <p>・続柄 _____（ <input type="checkbox"/>父方 <input type="checkbox"/>母方 ）</p> <p>・がん種 _____</p> <p>・罹患年齢 _____歳</p> <p>家族（3）</p> <p>・続柄 _____（ <input type="checkbox"/>父方 <input type="checkbox"/>母方 ）</p> <p>・がん種 _____</p> <p>・罹患年齢 _____歳</p> <p>家族（4）</p> <p>・続柄 _____（ <input type="checkbox"/>父方 <input type="checkbox"/>母方 ）</p> <p>・がん種 _____</p> <p>・罹患年齢 _____歳</p> <p>家族（5）</p> <p>・続柄 _____（ <input type="checkbox"/>父方 <input type="checkbox"/>母方 ）</p> <p>・がん種 _____</p> <p>・罹患年齢 _____歳</p> <p>家族（6）</p> <p>・続柄 _____（ <input type="checkbox"/>父方 <input type="checkbox"/>母方 ）</p> <p>・がん種 _____</p> <p>・罹患年齢 _____歳</p> <p>（家族歴（6）以上ありは、本ページをコピーしてご記載ください）</p>

【既知の遺伝性疾患】

遺伝性疾患（がん以外も含む）と診断されているか否かを選択ください。家族性か散発性は問いません。

多発がんの有無	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> 不明 <hr/> <p style="color: blue;">ありの場合、該当する遺伝性の疾患名を選択</p> <input type="checkbox"/> BAP1 Tumor Predisposition Synd <input type="checkbox"/> Birt-Hogg-Dube Syndrome(BHD) <input type="checkbox"/> Cancer Predisposition Synd <input type="checkbox"/> FAP <input type="checkbox"/> HBOC <input type="checkbox"/> HDGC <input type="checkbox"/> Hereditary Leiomyomatosis and Renal Cell Cancer(HLRCC) <input type="checkbox"/> Hereditary Papillary Renal Cancer(HPRC) <input type="checkbox"/> HPPS <input type="checkbox"/> Juvenile Polyposis <input type="checkbox"/> Loeys-Dietz <input type="checkbox"/> Lynch <input type="checkbox"/> Malignat 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"/> Rhabdoid Tumor Predisposition Synd <input type="checkbox"/> Inherited Bone Marrow Failure Synd <input type="checkbox"/> Pheochromocytoma <input type="checkbox"/> Li-Fraumeni <input type="checkbox"/> Tuberous Sclerosis Complex <input type="checkbox"/> VHL <input type="checkbox"/> WT1-related Wilms <input type="checkbox"/> その他（疾患名：_____）
---------	---

【がん種情報】

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"/> 不明または未検査
	検査施行時、検査方法を選択 <input type="checkbox"/> F1 CDx <input type="checkbox"/> F1Liquid CDx <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"/> 不明または未検査
	検査施行時、検査方法を選択 <input type="checkbox"/> MSI 検査キット (FALCO) <input type="checkbox"/> F1 CDx <input type="checkbox"/> G360CDx <input type="checkbox"/> Idylla MSI Test 「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 (ミスマッチ修復タンパク質の免疫組織染色による発現の検査結果)	<input type="checkbox"/> pMMR(正常) <input type="checkbox"/> dMMR(欠損) <input type="checkbox"/> 判定不能 <input type="checkbox"/> 不明または未検査
	検査施行時、検査方法を選択 <input type="checkbox"/> ペンタナ OptiView 2 抗体 (MSH6、PMS2) <input type="checkbox"/> ペンタナ OptiView 4 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 (腫瘍内の遺伝子変異の数や比率を示す座標である腫瘍遺伝子変異量)	<input type="checkbox"/> TMB-High (TMB スコアが 10mut/Mb 以上) <input type="checkbox"/> 判定不能 <input type="checkbox"/> 不明または未検査
	検査施行時、検査方法を選択 <input type="checkbox"/> F1 CDx <input type="checkbox"/> その他 <input type="checkbox"/> 不明

【検体情報】

病理診断名	※1 参照) 英語入力
検体種別	<input type="checkbox"/> FFPE <input type="checkbox"/> 新鮮凍結 <input type="checkbox"/> 末梢血 <input type="checkbox"/> その他
検体採取部位 (血液で出検の場合不要)	<input type="checkbox"/> 原発巣 <input type="checkbox"/> 転移巣 <input type="checkbox"/> 不明
具体的な採取部位 (血液で出検の場合不要)	<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"/> 唾液腺 <input type="checkbox"/> 鼻・副鼻腔 <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"/> 血液 <input type="checkbox"/> リンパ節/リンパ管 <input type="checkbox"/> 腹膜 <input type="checkbox"/> 髄膜 <input type="checkbox"/> 骨髄 <input type="checkbox"/> 末梢神経系 <input type="checkbox"/> 原発不明 <input type="checkbox"/> その他
検体採取方法	<input type="checkbox"/> 生検 <input type="checkbox"/> 手術 <input type="checkbox"/> 不明 <input type="checkbox"/> その他
検体識別番号	(当院で記載します)
検体採取日	(当院で記載します)

- ※1 組織で出検の場合：提出する検体に関する病理診断名を入力
血液で出検の場合：検体採取した時点で存在する腫瘍の病理診断名を入力
病理診断が未確定の場合：“未確定”あるいは“～がん疑い”などを入力
原発不明がんの場合：病理診断書（細胞診含）に記載されている腺癌、未分化癌の分類などの組織学的特徴などを入力（後日、病理診断名が確定または変更した場合はご報告ください）

	(3) (4) (5) (6)
レジメ内容変更情報	
投与開始日	(西暦) 年 月 日
継続の有無	<input type="checkbox"/> 継続中 <input type="checkbox"/> 終了
投与終了日	(西暦) 年 月 日 <small>終了時、終了理由を選択</small> <input type="checkbox"/> 計画通り終了 <input type="checkbox"/> 無効中止 <input type="checkbox"/> 副作用などで中止 <input type="checkbox"/> 本人希望により中止 <input type="checkbox"/> その他の理由で中止 <input type="checkbox"/> その他
最良総合効果判定	<input type="checkbox"/> CR <input type="checkbox"/> PR <input type="checkbox"/> SD <input type="checkbox"/> PD <input type="checkbox"/> NE
増悪確認日	PDを確認した最初の検査日、臨床的増悪にてPDと判定した場合は臨床的判断日を記載 (西暦) 年 月 日
Grade 3以上の有害事象の有無 (血液毒性は必須ではありません)	<input type="checkbox"/> Grade3以上なし <input type="checkbox"/> Grade3以上あり <input type="checkbox"/> 不明 <small>Grade3以上ありの場合、CTCAEver5.0の表記に従って有害事象ごとに下記、記載※6参照</small> 有害事象(1) ・発現日:(西暦) 年 月 日 ・最悪 Grade: <input type="checkbox"/> Grade 1 <input type="checkbox"/> Grade 2 <input type="checkbox"/> Grade 3 <input type="checkbox"/> Grade 4 <input type="checkbox"/> Grade 5 <input type="checkbox"/> 不明 ・症状: ・薬剤中止に至った有害事象の有無: <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり 有害事象(2) ・発現日:(西暦) 年 月 日 ・最悪 Grade: <input type="checkbox"/> Grade 1 <input type="checkbox"/> Grade 2 <input type="checkbox"/> Grade 3 <input type="checkbox"/> Grade 4 <input type="checkbox"/> Grade 5 <input type="checkbox"/> 不明 ・症状: ・薬剤中止に至った有害事象の有無: <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり 有害事象(3) ・発現日:(西暦) 年 月 日 ・最悪 Grade: <input type="checkbox"/> Grade 1 <input type="checkbox"/> Grade 2 <input type="checkbox"/> Grade 3 <input type="checkbox"/> Grade 4 <input type="checkbox"/> Grade 5 <input type="checkbox"/> 不明

	(4) (5) (6)
レジメ内容変更情報	
投与開始日	(西暦) 年 月 日
継続の有無	<input type="checkbox"/> 継続中 <input type="checkbox"/> 終了
投与終了日	(西暦) 年 月 日 <small>終了時、終了理由を選択</small> <input type="checkbox"/> 計画通り終了 <input type="checkbox"/> 無効中止 <input type="checkbox"/> 副作用などで中止 <input type="checkbox"/> 本人希望により中止 <input type="checkbox"/> その他の理由で中止 <input type="checkbox"/> その他
最良総合効果判定	<input type="checkbox"/> CR <input type="checkbox"/> PR <input type="checkbox"/> SD <input type="checkbox"/> PD <input type="checkbox"/> NE
増悪確認日	PDを確認した最初の検査日、臨床的増悪にてPDと判定した場合は臨床的判断日を記載 (西暦) 年 月 日
Grade 3以上の有害事象の有無 (血液毒性は必須ではありません)	<input type="checkbox"/> Grade3以上なし <input type="checkbox"/> Grade3以上あり <input type="checkbox"/> 不明 <small>Grade3以上ありの場合、CTCAEver5.0の表記に従って有害事象ごとに下記、記載 ※6参照</small> 有害事象(1) ・発現日:(西暦) 年 月 日 ・最悪 Grade: <input type="checkbox"/> Grade 1 <input type="checkbox"/> Grade 2 <input type="checkbox"/> Grade 3 <input type="checkbox"/> Grade 4 <input type="checkbox"/> Grade 5 <input type="checkbox"/> 不明 ・症状: ・薬剤中止に至った有害事象の有無: <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり 有害事象(2) ・発現日:(西暦) 年 月 日 ・最悪 Grade: <input type="checkbox"/> Grade 1 <input type="checkbox"/> Grade 2 <input type="checkbox"/> Grade 3 <input type="checkbox"/> Grade 4 <input type="checkbox"/> Grade 5 <input type="checkbox"/> 不明 ・症状: ・薬剤中止に至った有害事象の有無: <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり 有害事象(3) ・発現日:(西暦) 年 月 日 ・最悪 Grade: <input type="checkbox"/> Grade 1 <input type="checkbox"/> Grade 2 <input type="checkbox"/> Grade 3 <input type="checkbox"/> Grade 4 <input type="checkbox"/> Grade 5 <input type="checkbox"/> 不明 ・症状:

