

## がん遺伝子パネル検査 患者情報入力シート

&lt; 軟部組織 / 原発不明 / その他 &gt;

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

軟部組織	<input type="checkbox"/> 侵襲性血管粘液腫#0553	<input type="checkbox"/> 胞巣状軟部肉腫#0554	<input type="checkbox"/> 血管肉腫#0556	
	<input type="checkbox"/> 類血管腫型線維性組織球腫#0555	<input type="checkbox"/> 異型脂肪腫様腫瘍#0557	<input type="checkbox"/> 明細胞肉腫#0558	
	<input type="checkbox"/> 樹状細胞肉腫#0559	<input type="checkbox"/> 組織球性樹状細胞肉腫#0560	<input type="checkbox"/> 類上皮血管内皮腫#0563	
	<input type="checkbox"/> デスモイド/侵襲性線維腫症#0561	<input type="checkbox"/> 類上皮肉腫#0564	<input type="checkbox"/> 近位型類上皮肉腫#0565	
	<input type="checkbox"/> 線維形成性小円形細胞腫瘍#0562	<input type="checkbox"/> 線維肉腫#0567	<input type="checkbox"/> 硬化性類上皮線維肉腫#0568	
	<input type="checkbox"/> 骨外性ユーイング肉腫#0566	<input type="checkbox"/> 消化管間質腫瘍#0569	<input type="checkbox"/> 悪性グロムス腫瘍#0570	
	<input type="checkbox"/> 血管腫#0571	<input type="checkbox"/> 炎症性筋線維芽細胞腫瘍#0573	<input type="checkbox"/> 乳児型線維肉腫#0572	
	<input type="checkbox"/> 血管内膜肉腫#0574	<input type="checkbox"/> 粘液型/円形細胞型脂肪肉腫#0579	<input type="checkbox"/> 粘液線維肉腫#0587	
	<input type="checkbox"/> 平滑筋腫#0575	<input type="checkbox"/> 平滑筋肉腫#0576	<input type="checkbox"/> 脱分化型脂肪肉腫#0578	<input type="checkbox"/> 粘液腫#0588
	<input type="checkbox"/> 脂肪肉腫#0577	<input type="checkbox"/> 多形型脂肪肉腫#0580	<input type="checkbox"/> 筋線維腫症#0585	<input type="checkbox"/> 筋周皮腫#0586
	<input type="checkbox"/> 低悪性度線維粘液肉腫#0582	<input type="checkbox"/> 悪性グロムス腫瘍#0583	<input type="checkbox"/> 筋線維腫#0584	

	<input type="checkbox"/> 高分化型脂肪肉腫#0581 <input type="checkbox"/> 骨化性線維粘液性腫瘍#0589 <input type="checkbox"/> 横紋筋肉腫#0594 <input type="checkbox"/> 傍神経節腫_パラガングリオーマ#0590 <input type="checkbox"/> 血管周囲性類上皮細胞性腫瘍#0591 <input type="checkbox"/> 偽筋原性血管内皮腫#0592 <input type="checkbox"/> 放射線誘発肉腫#0593 <input type="checkbox"/> 胞巣型横紋筋肉腫#0595 <input type="checkbox"/> 胎児型横紋筋肉腫#0596 <input type="checkbox"/> 円形細胞肉腫_特定不能#0600 <input type="checkbox"/> 軟部の筋上皮癌#0602 <input type="checkbox"/> 紡錘形細胞型/硬化型横紋筋肉腫#0599 <input type="checkbox"/> 紡錘形細胞型横紋筋肉腫#0598 <input type="checkbox"/> 多形型横紋筋肉腫#0597 <input type="checkbox"/> 肉腫_特定不能#0601 <input type="checkbox"/> 滑膜肉腫#0604 <input type="checkbox"/> 孤立性線維性腫瘍/血管周皮種#0603 <input type="checkbox"/> びまん型腱滑膜巨細胞腫#0605 <input type="checkbox"/> 未分化多形肉腫/悪性線維性組織球腫/高悪性度紡錘細胞肉腫#0606
原発不明/その他	<input type="checkbox"/> 原発不明上皮内腺癌#0856 <input type="checkbox"/> その他の腺様嚢胞癌#0871 <input type="checkbox"/> 原発不明癌#0857 <input type="checkbox"/> 原発不明腺房細胞癌_特定不能#0858 <input type="checkbox"/> 原発不明腺癌_特定不能#0859 <input type="checkbox"/> 原発不明癌_特定不能#0860 <input type="checkbox"/> 原発不明神経内分泌癌_特定不能#0861 <input type="checkbox"/> 原発不明神経内分泌腫瘍_特定不能#0862 <input type="checkbox"/> 原発不明低分化癌_特定不能#0863 <input type="checkbox"/> 原発不明小細胞癌_特定不能#0864 <input type="checkbox"/> 原発不明扁平上皮癌_特定不能#0865 <input type="checkbox"/> 未分化悪性新生物#0866 <input type="checkbox"/> 原発不明混合性型癌#0868 <input type="checkbox"/> その他の黒色腫#0870 <input type="checkbox"/> 原発不明性腺外胚細胞腫瘍#0867 <input type="checkbox"/> その他の神経内分泌癌#0869 <input type="checkbox"/> その他の神経内分泌腫瘍#1319

### 【原発臓器の詳細】

がん遺伝子パネル検査を提出する（当該腫瘍に対する）検体の原発臓器を選択してください

- ・原発臓器が未確定の場合は、大分類は“その他”の小分類“その他”を選択してください
- ・原発不明がんの場合は、大分類は“その他”の小分類“部位が明示されない悪性腫瘍”を選択してください。（後日病理診断名が確定または変更した際は、入力変更が生じますのでご連絡ください。）

大分類	小分類
食道／胃／十二指腸	<input type="checkbox"/> 頸部食道 <input type="checkbox"/> 胸部食道 <input type="checkbox"/> 腹部食道 <input type="checkbox"/> 上部食道 <input type="checkbox"/> 中部食道 <input type="checkbox"/> 下部食道 <input type="checkbox"/> 食道の境界部病巣 <input type="checkbox"/> 食道_部位不明 <input type="checkbox"/> 胃底部 <input type="checkbox"/> 胃体_胃角部_胃中部 <input type="checkbox"/> 噴門部_胃上部 <input type="checkbox"/> 幽門前庭_幽門部_胃下部 <input type="checkbox"/> 幽門 <input type="checkbox"/> 胃小弯_部位不明 <input type="checkbox"/> 胃大弯_部位不明 <input type="checkbox"/> 胃の境界部病巣 <input type="checkbox"/> 胃_部位不明 <input type="checkbox"/> 十二指腸
小腸／大腸／虫垂／肛門	<input type="checkbox"/> 空腸 <input type="checkbox"/> 回腸 <input type="checkbox"/> メッケル憩室 <input type="checkbox"/> 小腸の境界部病巣 <input type="checkbox"/> 小腸_部位不明 <input type="checkbox"/> 盲腸 <input type="checkbox"/> 上行結腸 <input type="checkbox"/> 右結腸曲<肝弯曲> <input type="checkbox"/> 横行結腸 <input type="checkbox"/> 左結腸曲<脾弯曲> <input type="checkbox"/> 下行結腸 <input type="checkbox"/> S状結腸 <input type="checkbox"/> 結腸の境界部病巣 <input type="checkbox"/> 結腸_部位不明 <input type="checkbox"/> 直腸S状結腸移行部 <input type="checkbox"/> 直腸 <input type="checkbox"/> 虫垂 <input type="checkbox"/> 肛門管 <input type="checkbox"/> 肛門_部位不明 <input type="checkbox"/> 直腸_肛門_肛門管の境界部病巣 <input type="checkbox"/> 総排泄腔由来部
肝／胆道／膵／脾／十二指腸乳頭部	<input type="checkbox"/> 肝 <input type="checkbox"/> 肝内胆管 <input type="checkbox"/> 胆のう <input type="checkbox"/> 肝外胆管_胆管 NOS_肝門部胆管_総胆管 <input type="checkbox"/> 胆道の境界部病巣 <input type="checkbox"/> 胆道_部位不明 <input type="checkbox"/> 膵頭部 <input type="checkbox"/> 膵体部 <input type="checkbox"/> 膵尾部 <input type="checkbox"/> 膵管 <input type="checkbox"/> 内分泌膵 <input type="checkbox"/> 膵のその他の部位 <input type="checkbox"/> 膵の境界部病巣 <input type="checkbox"/> 膵_部位不明 <input type="checkbox"/> 脾 <input type="checkbox"/> ファーター乳頭膨大部
腹膜／腹部／骨盤	<input type="checkbox"/> 後腹膜 <input type="checkbox"/> 腹膜の明示された部位 <input type="checkbox"/> 腹膜_部位不明 <input type="checkbox"/> 腹部 <input type="checkbox"/> 骨盤 <input type="checkbox"/> 後腹膜および腹膜の境界部病巣

腸管／消化器	<input type="checkbox"/> 腸管_部位不明 <input type="checkbox"/> 消化器系の境界部病巣 <input type="checkbox"/> 消化器系_部位不明確
肺／縦郭／ 胸膜／胸部	<input type="checkbox"/> 気管 <input type="checkbox"/> 主気管支 <input type="checkbox"/> 上葉_肺尖部_舌区 <input type="checkbox"/> 中葉 <input type="checkbox"/> 下葉 <input type="checkbox"/> 胸腺 <input type="checkbox"/> 胸膜 <input type="checkbox"/> 気管支または肺_部位不明 <input type="checkbox"/> 気管支または肺の境界部病巣 <input type="checkbox"/> 縦隔_部位不明 <input type="checkbox"/> 前縦隔 <input type="checkbox"/> 後縦隔 <input type="checkbox"/> 心臓 <input type="checkbox"/> 心臓_縦隔および胸膜の境界部病巣 <input type="checkbox"/> 胸部<郭> <input type="checkbox"/> 上気道_部位不明 <input type="checkbox"/> 呼吸器及び胸腔内臓器の境界部病巣 <input type="checkbox"/> 呼吸器系_部位不明確
骨	<input type="checkbox"/> 肩甲骨および上肢の長骨 <input type="checkbox"/> 上肢の短骨 <input type="checkbox"/> 下肢の長骨 <input type="checkbox"/> 下肢の短骨 <input type="checkbox"/> 四肢の骨および関節軟骨の境界部病巣 <input type="checkbox"/> 四肢の骨および関節軟骨_部位不明 <input type="checkbox"/> 頭蓋骨および顔面骨 <input type="checkbox"/> 下顎 <input type="checkbox"/> 脊柱 <input type="checkbox"/> 骨および関節軟骨の境界部病巣 <input type="checkbox"/> 肋骨_胸骨および鎖骨 <input type="checkbox"/> 骨盤骨_仙骨および尾骨 <input type="checkbox"/> 骨および関節軟骨_部位不明
血液／骨髄 ／脊髄	<input type="checkbox"/> 血液 <input type="checkbox"/> 造血系 NOS <input type="checkbox"/> 骨髄 <input type="checkbox"/> 脳髄膜 <input type="checkbox"/> 脊髄膜 <input type="checkbox"/> 髄膜_詳細不明 <input type="checkbox"/> 脊髄 <input type="checkbox"/> 馬尾
リンパ節リ ンパ管	<input type="checkbox"/> 細網内皮系 NOS <input type="checkbox"/> 頭部_顔面および頸部リンパ節 <input type="checkbox"/> 胸腔内リンパ節 <input type="checkbox"/> 腹腔内リンパ節 <input type="checkbox"/> 腋窩および上肢リンパ節 <input type="checkbox"/> 単径および下肢リンパ節 <input type="checkbox"/> 骨盤内リンパ節 <input type="checkbox"/> 多部位のリンパ節 <input type="checkbox"/> リンパ節_部位不明
軟部組織	<input type="checkbox"/> 頭部_顔面_頸部の軟部組織 <input type="checkbox"/> 上肢・肩の軟部組織 <input type="checkbox"/> 腹部の軟部組織 <input type="checkbox"/> 下肢・股関節部の軟部組織 <input type="checkbox"/> 胸部<郭>の軟部組織 <input type="checkbox"/> 骨盤の軟部組織 <input type="checkbox"/> 体幹の軟部組織_部位不明 <input type="checkbox"/> 軟部組織の境界部病巣 <input type="checkbox"/> 軟部組織_部位不明
皮膚	<input type="checkbox"/> 口唇の皮膚 <input type="checkbox"/> 眼瞼の皮膚_眼角を含む <input type="checkbox"/> 耳および外耳道の皮膚 <input type="checkbox"/> 体幹の皮膚 <input type="checkbox"/> 頭皮および頸部の皮膚 <input type="checkbox"/> 上肢の皮膚_肩を含む <input type="checkbox"/> 下肢の皮膚_股関節部を含む <input type="checkbox"/> その他および部位不明の顔面の皮膚 <input type="checkbox"/> 皮膚の境界部病巣 <input type="checkbox"/> 皮膚の悪性新生物_部位不明
末梢神経	<input type="checkbox"/> 頭部_顔面_頸部末梢神経 <input type="checkbox"/> 胸部<郭>の末梢神経 <input type="checkbox"/> 上肢の末梢神経_肩を含む <input type="checkbox"/> 下肢の末梢神経_股関節部を含む <input type="checkbox"/> 腹部の末梢神経 <input type="checkbox"/> 骨盤の末梢神経 <input type="checkbox"/> 体幹の末梢神経_部位不明 <input type="checkbox"/> 末梢神経および自律神経系の境界部病巣 <input type="checkbox"/> 末梢神経および自律神経系_部位不明
乳腺	<input type="checkbox"/> 乳頭部および乳輪 <input type="checkbox"/> 乳房中央部 <input type="checkbox"/> 乳房上内側 1/4 <input type="checkbox"/> 乳房の境界部病巣 <input type="checkbox"/> 乳房下内側 1/4 <input type="checkbox"/> 乳房上外側 1/4 <input type="checkbox"/> 乳房下外側 1/4 <input type="checkbox"/> 乳房腋窩尾部 <input type="checkbox"/> 乳房_部位不明
膣／女性器 ／子宮頸部 ／子宮体部 ／卵巣／卵 管	<input type="checkbox"/> 大陰唇 <input type="checkbox"/> 小陰唇 <input type="checkbox"/> 陰核 <input type="checkbox"/> 外陰の境界部病巣 <input type="checkbox"/> 外陰_部位不明 <input type="checkbox"/> 腔 <input type="checkbox"/> 子宮頸内膜 <input type="checkbox"/> 子宮頸外部 <input type="checkbox"/> 子宮頸部_部位不明 <input type="checkbox"/> 子宮内膜 <input type="checkbox"/> 子宮筋層 <input type="checkbox"/> 子宮峡部 <input type="checkbox"/> 子宮頸部の境界部病巣 <input type="checkbox"/> 子宮底 <input type="checkbox"/> 子宮体部の境界部病巣 <input type="checkbox"/> 子宮体部_部位不明 <input type="checkbox"/> 子宮_部位不明 <input type="checkbox"/> 卵巣 <input type="checkbox"/> 卵管 <input type="checkbox"/> 子宮広間膜<靱帯> <input type="checkbox"/> 子宮円索<靱帯> <input type="checkbox"/> 子宮傍(結合)組織 <input type="checkbox"/> 子宮付属器_部位不明 <input type="checkbox"/> 胎盤 <input type="checkbox"/> その他の明示された女性性器 <input type="checkbox"/> 女性性器の境界部病巣 <input type="checkbox"/> 女性性器_部位不明
陰茎／前立 腺／精巣／ 男性器	<input type="checkbox"/> 包皮 <input type="checkbox"/> 亀頭 <input type="checkbox"/> 陰茎体部 <input type="checkbox"/> 陰茎の境界部病巣 <input type="checkbox"/> 陰茎_部位不明 <input type="checkbox"/> 前立腺 <input type="checkbox"/> 停留精巣<睪丸> <input type="checkbox"/> 下降精巣<睪丸> <input type="checkbox"/> 精巣<睪丸>_部位不明 <input type="checkbox"/> 精索 <input type="checkbox"/> 副睪丸<精巣上体> <input type="checkbox"/> 陰のう <input type="checkbox"/> その他の明示された男性性器 <input type="checkbox"/> 男性性器の境界部病巣 <input type="checkbox"/> 男性性器_部位不明

腎／腎盂／尿管／膀胱／泌尿器	<input type="checkbox"/> 腎盂を除く腎 <input type="checkbox"/> 腎盂 <input type="checkbox"/> 尿管 <input type="checkbox"/> 尿管口 <input type="checkbox"/> 尿管膜 <input type="checkbox"/> 尿道 <input type="checkbox"/> 尿道傍腺 <input type="checkbox"/> 膀胱三角 <input type="checkbox"/> 膀胱円蓋 <input type="checkbox"/> 膀胱側壁 <input type="checkbox"/> 膀胱前壁 <input type="checkbox"/> 膀胱後壁 <input type="checkbox"/> 膀胱頸部 <input type="checkbox"/> 膀胱の境界部病巣 <input type="checkbox"/> 膀胱_部位不明 <input type="checkbox"/> 泌尿器境界部病巣 <input type="checkbox"/> 泌尿器_部位不明
眼	<input type="checkbox"/> 結膜 <input type="checkbox"/> 角膜 <input type="checkbox"/> 網膜 <input type="checkbox"/> 脈絡膜 <input type="checkbox"/> 毛様体 <input type="checkbox"/> 涙腺および涙管 <input type="checkbox"/> 眼窩 <input type="checkbox"/> 眼および付属器の境界部病巣 <input type="checkbox"/> 眼_部位不明
脳／脳神経／中枢神経／傍神経節	<input type="checkbox"/> 脳葉および脳室を除く大脳 <input type="checkbox"/> 前頭葉 <input type="checkbox"/> 側頭葉 <input type="checkbox"/> 頭頂葉 <input type="checkbox"/> 後頭葉 <input type="checkbox"/> 脳室 <input type="checkbox"/> 小脳 <input type="checkbox"/> 脳幹 <input type="checkbox"/> 脳の境界部病巣 <input type="checkbox"/> 脳_部位不明 <input type="checkbox"/> 下垂体 <input type="checkbox"/> 頭蓋咽頭管 <input type="checkbox"/> 松果体 <input type="checkbox"/> 嗅神経 <input type="checkbox"/> 視神経 <input type="checkbox"/> 聴神経 <input type="checkbox"/> その他および部位不明の脳神経 <input type="checkbox"/> 脳・中枢神経系の境界部病巣 <input type="checkbox"/> 中枢神経系_部位不明 <input type="checkbox"/> 頭部_顔面および頸部 <input type="checkbox"/> 頸動脈小体 <input type="checkbox"/> 大動脈小体・他のパノングリア<傍神経節>
口腔	<input type="checkbox"/> 外側上唇 <input type="checkbox"/> 外側下唇 <input type="checkbox"/> 外側口唇_部位不明 <input type="checkbox"/> 上唇_内側面 <input type="checkbox"/> 下唇_内側面 <input type="checkbox"/> 口唇_部位不明_内側面 <input type="checkbox"/> 唇交連 <input type="checkbox"/> 口唇の境界部病巣 <input type="checkbox"/> 口唇_部位不明 <input type="checkbox"/> 舌根<基底>部 <input type="checkbox"/> 舌背面 <input type="checkbox"/> 舌縁 <input type="checkbox"/> 舌下面 <input type="checkbox"/> 舌の前3分の2_部位不明 <input type="checkbox"/> 舌扁桃 <input type="checkbox"/> 舌の境界部病巣 <input type="checkbox"/> 舌_部位不明 <input type="checkbox"/> 上顎歯肉 <input type="checkbox"/> 下顎歯肉 <input type="checkbox"/> 硬口蓋 <input type="checkbox"/> 歯肉_部位不明 <input type="checkbox"/> 前部口腔底 <input type="checkbox"/> 側部口腔底 <input type="checkbox"/> 口腔底_境界部病巣 <input type="checkbox"/> 口腔前庭 <input type="checkbox"/> 軟口蓋 <input type="checkbox"/> 口蓋垂 <input type="checkbox"/> 口蓋_境界部病巣 <input type="checkbox"/> 口腔底_部位不明 <input type="checkbox"/> 頬粘膜 <input type="checkbox"/> 臼後部 <input type="checkbox"/> 口蓋_部位不明 <input type="checkbox"/> 口腔_部位不明 <input type="checkbox"/> その他_部位不明の口腔の境界部病巣
唾液腺	<input type="checkbox"/> 耳下腺 <input type="checkbox"/> 顎下腺 <input type="checkbox"/> 舌下腺 <input type="checkbox"/> 大唾液腺の境界部病巣 <input type="checkbox"/> 大唾液腺_部位不明
咽頭／喉頭	<input type="checkbox"/> 扁桃窩 <input type="checkbox"/> 扁桃口蓋弓(前)(後) <input type="checkbox"/> 扁桃の境界部病巣 <input type="checkbox"/> 扁桃_部位不明 <input type="checkbox"/> 鰓裂 <input type="checkbox"/> 中咽頭側壁 <input type="checkbox"/> 中咽頭後壁 <input type="checkbox"/> 中咽頭の境界部病巣 <input type="checkbox"/> 中咽頭_部位不明 <input type="checkbox"/> 鼻<上>咽頭上壁 <input type="checkbox"/> 鼻<上>咽頭後壁 <input type="checkbox"/> 鼻<上>咽頭側壁 <input type="checkbox"/> 鼻<上>咽頭前壁 <input type="checkbox"/> 鼻<上>咽頭の境界部病巣 <input type="checkbox"/> 鼻<上>咽頭_部位不明 <input type="checkbox"/> 梨状陥凹<洞> <input type="checkbox"/> 後輪状軟骨部 <input type="checkbox"/> 披裂喉頭蓋ひだ_下咽頭面 <input type="checkbox"/> 下咽頭後壁 <input type="checkbox"/> 咽頭_部位不明 <input type="checkbox"/> 下咽頭_部位不明 <input type="checkbox"/> ワルダイヤー環<輪> <input type="checkbox"/> 下咽頭の境界部病巣 <input type="checkbox"/> 口唇_口腔および咽頭の境界部病巣 <input type="checkbox"/> 喉頭蓋谷 <input type="checkbox"/> 喉頭蓋の前面口声門 <input type="checkbox"/> 声門上部 <input type="checkbox"/> 声門下部 <input type="checkbox"/> 喉頭軟骨 <input type="checkbox"/> 喉頭の境界部病巣 <input type="checkbox"/> 喉頭_部位不明
鼻／副鼻腔	<input type="checkbox"/> 鼻腔 <input type="checkbox"/> 中耳 <input type="checkbox"/> 上顎洞 <input type="checkbox"/> 篩骨洞<蜂巢> <input type="checkbox"/> 前頭洞 <input type="checkbox"/> 蝶形骨洞 <input type="checkbox"/> 副鼻腔の境界部病巣 <input type="checkbox"/> 副鼻腔_部位不明
甲状腺／副甲状腺／副腎／内分泌腺	<input type="checkbox"/> 甲状腺 <input type="checkbox"/> 副腎皮質 <input type="checkbox"/> 副腎髓質 <input type="checkbox"/> 副腎_部位不明 <input type="checkbox"/> 上皮小体<副甲状腺> <input type="checkbox"/> 多腺併発_部位不明 <input type="checkbox"/> 内分泌腺_部位不明
頭部、顔面および頸部／上肢／下肢	<input type="checkbox"/> 頭部_顔面および頸部 <input type="checkbox"/> 上肢 <input type="checkbox"/> 下肢
その他	<input type="checkbox"/> 部位の明示されない悪性腫瘍 <input type="checkbox"/> その他の不明確な部位 <input type="checkbox"/> その他および部位不明確の境界部病巣

## 【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する根拠となった検査をどの検査をするか、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

**【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"/> 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"/> 血液 <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）

**【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

**【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
	<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：_____）

**【治療歴】**

**治療を行った順**に入力してください。内服や脳内留置用剤でも**“抗悪性腫瘍剤”**であれば**入力必要**です。副作用などで減量、または一部薬剤を削除もしくは追加した場合でも「同一レジメ」とし、その旨を下記「レジメ内容変更情報」に記載してください

薬物療法実施の有無		<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり		
レ ジ メ 1	治療方針	<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		
	治療ライン	<input type="checkbox"/> 保険診療	<input type="checkbox"/> 企業治験	<input type="checkbox"/> 医師主導治験	<input type="checkbox"/> 先進医療
		<input type="checkbox"/> 患者申出療養	<input type="checkbox"/> その他		
	実施目的	※5参照	<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	施設名：			
	レジメン名	ガイドラインに記載されている一般に普及している名称を記載してください			
	使用薬剤	略語不可、使用薬剤すべて記載してください			
		(1)			
	(2)				
	(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	
	終了時、終了理由を選択				
	<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	



	(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:



