

## がん遺伝子パネル検査 患者情報入力シート

## &lt; 頭頸部 / 唾液腺 &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

頭頸部	<input type="checkbox"/> 頭頸部癌_その他#0117	<input type="checkbox"/> 腺扁平上皮舌癌#0118	<input type="checkbox"/> 上皮筋上皮癌#0119	
	<input type="checkbox"/> 頭頸部神経内分泌癌#0120	<input type="checkbox"/> 頭頸部 NUT 正中線癌#0121	<input type="checkbox"/> 歯原性癌腫#0122	
	<input type="checkbox"/> 明細胞性歯原性癌#0123	<input type="checkbox"/> 副鼻腔腺癌#0124	<input type="checkbox"/> 副鼻腔未分化癌#0125	
	<input type="checkbox"/> 頭頸部粘膜黒色腫#0126	<input type="checkbox"/> 頭頸部扁平上皮癌#0127	<input type="checkbox"/> 下咽頭扁平上皮癌#0129	
	<input type="checkbox"/> 原発不明頭頸部扁平上皮癌#0128	<input type="checkbox"/> 喉頭扁平上皮癌#0130	<input type="checkbox"/> 上咽頭癌#0134	
	<input type="checkbox"/> 口腔内扁平上皮癌#0131	<input type="checkbox"/> 中咽頭扁平上皮癌#0132	<input type="checkbox"/> 副鼻腔扁平上皮癌#0133	
	<input type="checkbox"/> 副甲状腺癌 (PTH) #0135	<input type="checkbox"/> 副甲状腺癌 (PTHc) #0136		
	唾液腺	<input type="checkbox"/> 唾液腺癌#0137	<input type="checkbox"/> 腺房細胞癌#0138	<input type="checkbox"/> 腺様嚢胞癌#0139
<input type="checkbox"/> 悪性多形性腺腫#0141		<input type="checkbox"/> 唾液腺起源の乳腺相似分泌癌#0142	<input type="checkbox"/> 粘表皮癌#0143	
<input type="checkbox"/> 筋上皮癌 #0144		<input type="checkbox"/> 多形腺腫#0145	<input type="checkbox"/> 多型腺がん#0146	<input type="checkbox"/> 唾液腺腺癌#0147
<input type="checkbox"/> その他の唾液癌#0148		<input type="checkbox"/> 唾液腺導管癌#0149	<input type="checkbox"/> 唾液腺好酸性細胞腫#0150	
<input type="checkbox"/> 唾液腺芽腫#0151				

**【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
HER2 遺伝子増幅度	<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 DISH HER2 キット <input type="checkbox"/> その他 <input type="checkbox"/> 不明
HER2 タンパク	<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 ultraView パスウェーHER2 (4B5) <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"/> 膵 <input type="checkbox"/> 腎 <input type="checkbox"/> 腎盂 <input type="checkbox"/> 副腎 <input type="checkbox"/> 膀胱 <input type="checkbox"/> 尿管 <input type="checkbox"/> 前立腺 <input type="checkbox"/> 精巣 <input type="checkbox"/> 陰茎 <input type="checkbox"/> 子宮体部 <input type="checkbox"/> 子宮頸部 <input type="checkbox"/> 卵巣/卵管 <input type="checkbox"/> 膣 <input type="checkbox"/> 皮膚 <input type="checkbox"/> 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）

**【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:



