

エキスパートパネル（EP）開催前 臨床情報

がんゲノム情報管理センター(C-CAT)への情報登録として、エキスパートパネル（がん遺伝子パネル検査から検出された遺伝子変異について、そのエビデンスレベルを考慮して臨床的意義付けを専門家集団でおこなう会議）開催前の臨床情報が**必須**となります。

下記フォームに記載をお願い申し上げます。治療ライン毎に記載をお願いいたします。**治療ラインが複数あるなどの理由で欄が不足する場合は、該当項目欄すべてをコピーしてご記載ください。**

お手数をおかけいたしますが、ご協力のほど何卒よろしくお願い申し上げます。

- 血液：FoundationOne Liquid CDx がんゲノムプロファイルをご希望の場合は、いずれかにご記入をお願い申し上げます。

※Liquid 理由は、診療録及び診療報酬明細書の適用欄に記載が必須となっております。
記載がない場合は、検査をお受けできませんのでご注意ください！

FoundationOne Liquid CDx がんゲノムプロファイルを選択した理由	
<input type="checkbox"/>	医学的な理由により、固形腫瘍の腫瘍細胞を検体としてがんゲノムプロファイリング検査をおこなうことが困難な場合。 例) 検体採取から3年以上であり、標本の品質に問題がある。 例) 再生検が困難である。 など
<input type="checkbox"/>	固形腫瘍の腫瘍細胞を検体として実施したがんゲノムプロファイリング検査において、包括的なゲノムプロファイルの結果を得られなかった場合 例) 他のがんゲノム医療機関でがんゲノムプロファイル検査を実施したが、検体の品質不良のため、検査中止となった場合 など。

項目	内容
患者氏名（カナ）	（カナ： ）
生年月日	西暦 年 月 日（入力時： 歳）
性別	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女
福島医大病院 ID	<input type="checkbox"/> 有（ID： ） <input type="checkbox"/> 無 または 不明
（必須） 輸血・臓器移植歴	<input type="checkbox"/> 有 輸血日あるいは移植日： 移植された臓器： <input type="checkbox"/> 無
（必須） がん種区分 （原発部位）	<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(乳頭)部 <input type="checkbox"/> 腹膜 <input type="checkbox"/> 肝 <input type="checkbox"/> 胆道 <input type="checkbox"/> 脾 <input type="checkbox"/> 副腎 <input type="checkbox"/> 腎 <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/膺 <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"/> リンパ球系 <input type="checkbox"/> 骨髄 <input type="checkbox"/> その他(*)（採取部位： ） * 原発不明がんの場合は、「その他」を選択してください。 適当ながん種区分が見つからない場合、下記の web サイトをご参考にしてください。 登録先であるがんゲノム情報管理センター（C-CAT）へつながります。 https://www.ncc.go.jp/jp/c_cat/jitsumushya/020/index.html
過去の保険診療 がん遺伝子パネル 検査登録	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 有の場合：C-CAT ID（ ）

項目	内容
(必須) 病理診断名	
(必須) 診断日	西暦 年 月 日
(必須) 喫煙歴	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 不明 喫煙年数： 年 1日の本数： 本
(必須) アルコール多飲歴	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 不明
(必須) 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
(必須) 予後予測 約6ヶ月以上の見込みがある？	<input type="checkbox"/> 見込まれる <input type="checkbox"/> 見込まれない (約 ヶ月ほどと予想される)
(必須) 重複がん	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 (部位:) 活動性の記入をお願いします。 <input type="checkbox"/> 不明
重複がん 活動性	<input type="checkbox"/> 活動性 <input type="checkbox"/> 非活動性 <input type="checkbox"/> 不明
(必須) 多発がん	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 (部位:) 活動性の記入をお願いします。 <input type="checkbox"/> 不明
多発がん 活動性	<input type="checkbox"/> 活動性 <input type="checkbox"/> 非活動性 <input type="checkbox"/> 不明
(必須) 登録時転移の有無	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 (部位:) <input type="checkbox"/> 不明

<p>(必須) 家族歴 *多数ある場合は、 このページをコピー してご記入ください。</p>	有無	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 不明
	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"/> 子 <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"/> 甥姪 <input type="checkbox"/> 孫 <input type="checkbox"/> いとこ(父方) <input type="checkbox"/> いとこ(母方) <input type="checkbox"/> 不明の血縁者
	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"/> 尿路 <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"/> 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"/> 末梢神経系 <input type="checkbox"/> 原発不明 <input type="checkbox"/> その他
	罹患年齢	<input type="checkbox"/> 10 歳未満 <input type="checkbox"/> 10 歳以上～20 歳未満 <input type="checkbox"/> 20 歳以上～30 歳未満 <input type="checkbox"/> 30 歳以上～40 歳未満 <input type="checkbox"/> 40 歳以上～50 歳未満 <input type="checkbox"/> 50 歳以上～60 歳未満 <input type="checkbox"/> 60 歳以上～70 歳未満 <input type="checkbox"/> 70 歳以上～80 歳未満 <input type="checkbox"/> 80 歳以上～90 歳未満 <input type="checkbox"/> 90 歳以上 <input type="checkbox"/> 不明

<p>(必須) 家族歴 *多数ある場合は、 このページをコピー してご記入ください。</p>	有無	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 不明
	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"/> 子 <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"/> 甥姪 <input type="checkbox"/> 孫 <input type="checkbox"/> いとこ(父方) <input type="checkbox"/> いとこ(母方) <input type="checkbox"/> 不明の血縁者
	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"/> 尿路 <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"/> 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"/> 末梢神経系 <input type="checkbox"/> 原発不明 <input type="checkbox"/> その他
	罹患年齢	<input type="checkbox"/> 10 歳未満 <input type="checkbox"/> 10 歳以上～20 歳未満 <input type="checkbox"/> 20 歳以上～30 歳未満 <input type="checkbox"/> 30 歳以上～40 歳未満 <input type="checkbox"/> 40 歳以上～50 歳未満 <input type="checkbox"/> 50 歳以上～60 歳未満 <input type="checkbox"/> 60 歳以上～70 歳未満 <input type="checkbox"/> 70 歳以上～80 歳未満 <input type="checkbox"/> 80 歳以上～90 歳未満 <input type="checkbox"/> 90 歳以上 <input type="checkbox"/> 不明

(必須) MSI 検査	<input type="checkbox"/> 未検査 <input type="checkbox"/> 検査中 <input type="checkbox"/> MSI-High <input type="checkbox"/> MSS
-----------------------	---

(必須) 肺がん症例	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-type	<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-検査方法	<input type="checkbox"/> CobasV2 <input type="checkbox"/> Therascreen <input type="checkbox"/> その他 <input type="checkbox"/> 不明
	EGFR-TKI 耐性後 EGFR-T790M	<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	<input type="checkbox"/> IHC のみ <input type="checkbox"/> FISH のみ <input type="checkbox"/> IHC+FISH <input type="checkbox"/> RT-PCR のみ <input type="checkbox"/> RT-PCR+FISH <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
	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
	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
	PD-L1(IHC)- 検査方法	<input type="checkbox"/> Nivolumab/Dako28-8(BMS/小野) <input type="checkbox"/> Pembrolizumab/Dako22C3(Merck) <input type="checkbox"/> その他 <input type="checkbox"/> 不明
	陽性率	数値： %
	アスベスト曝露歴	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 不明

(必須) 乳がん症例	HER2(IHC)	<input type="checkbox"/> 陰性 <input type="checkbox"/> 陰性(1+) <input type="checkbox"/> 境界域(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
	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
(必須) 食道がん、 胃がん、 小腸がん、 大腸がん症例	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-type	<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
	KRAS-検査方法	<input type="checkbox"/> PCR-rSSO 法 <input type="checkbox"/> その他 <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-type	<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-検査方法	<input type="checkbox"/> PCR-rSSO 法 <input type="checkbox"/> その他 <input type="checkbox"/> 不明
	HER2	<input type="checkbox"/> 陰性 <input type="checkbox"/> 陰性(1+) <input type="checkbox"/> 境界域(2+) <input type="checkbox"/> 陽性(3+) <input type="checkbox"/> 判定不能 <input type="checkbox"/> 不明 or 未検査
	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

(必須) 肝がん症例	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	コピー数: LogIU/mL
	HCV 抗体	<input type="checkbox"/> 低(定性の-) <input type="checkbox"/> 中(定性の+-) <input type="checkbox"/> 高(定性の+) <input type="checkbox"/> 不明 or 未検査
	HCV-RNA	コピー数: LogIU/mL
(必須) 皮膚がん症例	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

* 多数ある場合は、このページをコピーしてご記入ください。

項目		内容
(必須) 薬物療法実施の有無		<input type="checkbox"/> 無 => これで終わりです。 <input type="checkbox"/> 有 => 以下をご記入してください
(必須) 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
(必須) 企業治験・医師主導治験を選択した場合承認薬併用治験の該当		<input type="checkbox"/> 該当しない <input type="checkbox"/> 該当する
(必須) 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
(必須) 治療目的		<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
(必須) 実施施設		<input type="checkbox"/> 自施設 <input type="checkbox"/> 他施設
(必須) レジメン名		
(必須) 薬剤名（一般名）		
(必須) レジメン内容変更情報		<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有
(必須) 投与開始日		西暦 年 月 日
(必須) 投与終了日		西暦 年 月 日 または <input type="checkbox"/> 継続中
(必須) 終了理由		<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"/> 本人希望により中止 <input type="checkbox"/> その他の理由で中止 <input type="checkbox"/> 不明
(必須) 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 継続中の場合は「NE」を選択
有害事象 ①	Grade3 以上有害事象の有無	<input type="checkbox"/> Grade3 以上なし <input type="checkbox"/> Grade3 以上あり
	発現日	西暦 年 月 日
	CTCAEv5.0 名称	日本語：
	CTCAEv5.0 名称最悪	<input type="checkbox"/> Grade3 <input type="checkbox"/> Grade4 <input type="checkbox"/> Grade5 <input type="checkbox"/> 不明
②	Grade3 以上有害事象の有無	<input type="checkbox"/> Grade3 以上なし <input type="checkbox"/> Grade3 以上あり
	発現日	西暦 年 月 日
	CTCAEv5.0 名称	日本語：
	CTCAEv5.0 名称最悪	<input type="checkbox"/> Grade3 <input type="checkbox"/> Grade4 <input type="checkbox"/> Grade5 <input type="checkbox"/> 不明

項目		内容
(必須) 薬物療法実施の有無		<input type="checkbox"/> 無=>これで終わりです。 <input type="checkbox"/> 有=>以下をご記入してください
(必須) 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
(必須) 企業治験・医師主導治験を選択した場合 承認薬併用治験の該当		<input type="checkbox"/> 該当しない <input type="checkbox"/> 該当する
(必須) 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
(必須) 治療目的		<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
(必須) 実施施設		<input type="checkbox"/> 自施設 <input type="checkbox"/> 他施設
(必須) レジメン名		
(必須) 薬剤名（一般名）		
(必須) レジメン内容変更情報		<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有
(必須) 投与開始日		西暦 年 月 日
(必須) 投与終了日		西暦 年 月 日 または <input type="checkbox"/> 継続中
(必須) 終了理由		<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"/> 本人希望により中止 <input type="checkbox"/> その他の理由で中止 <input type="checkbox"/> 不明
(必須) 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 継続中の場合は「NE」を選択
有害事象 ①	Grade3 以上有害事象の有無	<input type="checkbox"/> Grade3 以上なし <input type="checkbox"/> Grade3 以上あり
	発現日	西暦 年 月 日
	CTCAEv5.0 名称	日本語：
	CTCAEv5.0 名称最悪	<input type="checkbox"/> Grade3 <input type="checkbox"/> Grade4 <input type="checkbox"/> Grade5 <input type="checkbox"/> 不明
②	Grade3 以上有害事象の有無	<input type="checkbox"/> Grade3 以上なし <input type="checkbox"/> Grade3 以上あり
	発現日	西暦 年 月 日
	CTCAEv5.0 名称	日本語：
	CTCAEv5.0 名称最悪	<input type="checkbox"/> Grade3 <input type="checkbox"/> Grade4 <input type="checkbox"/> Grade5 <input type="checkbox"/> 不明

項目		内容
(必須) 薬物療法実施の有無		<input type="checkbox"/> 無=>これで終わりです。 <input type="checkbox"/> 有=>以下をご記入してください
(必須) 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
(必須) 企業治験・医師主導治験を選択した場合 承認薬併用治験の該当		<input type="checkbox"/> 該当しない <input type="checkbox"/> 該当する
(必須) 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
(必須) 治療目的		<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
(必須) 実施施設		<input type="checkbox"/> 自施設 <input type="checkbox"/> 他施設
(必須) レジメン名		
(必須) 薬剤名（一般名）		
(必須) レジメン内容変更情報		<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有
(必須) 投与開始日		西暦 年 月 日
(必須) 投与終了日		西暦 年 月 日 または <input type="checkbox"/> 継続中
(必須) 終了理由		<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"/> 本人希望により中止 <input type="checkbox"/> その他の理由で中止 <input type="checkbox"/> 不明
(必須) 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 継続中の場合は「NE」を選択
有害事象 ①	Grade3 以上有害事象の有無	<input type="checkbox"/> Grade3 以上なし <input type="checkbox"/> Grade3 以上あり
	発現日	西暦 年 月 日
	CTCAEv5.0 名称	日本語：
	CTCAEv5.0 名称最悪	<input type="checkbox"/> Grade3 <input type="checkbox"/> Grade4 <input type="checkbox"/> Grade5 <input type="checkbox"/> 不明
②	Grade3 以上有害事象の有無	<input type="checkbox"/> Grade3 以上なし <input type="checkbox"/> Grade3 以上あり
	発現日	西暦 年 月 日
	CTCAEv5.0 名称	日本語：
	CTCAEv5.0 名称最悪	<input type="checkbox"/> Grade3 <input type="checkbox"/> Grade4 <input type="checkbox"/> Grade5 <input type="checkbox"/> 不明

ご協力いただきまして、誠にありがとうございました。