

C-CAT 入力用紙

Ver.1.3

書式：C-CAT表紙

患者氏名、生年月日、病院名、担当医師名を記載し、
他の記載書類と一緒にステープラーで綴じてください。

患者氏名		生年月日	
病院名		医師名	

検査前：○のついた書類が必須です。○*は、該当するがん種の書類だけを送付してください。
エキスパートパネル後は、中央病院での結果説明から6カ月後と1年後、中央病院から依頼があったときに、該当する治療内容の書類と転帰を送付してください。

書式	検査前	エキスパート パネル後	同意変更時
C-CAT用紙	○		
検査前・がん種情報	○		
検査前・患者情報	○		
検査前・患者情報	○		
検査前・がん種その他	○*		
検査前・肺	○*		
検査前・乳	○*		
検査前・食道胃大腸	○*		
検査前・皮膚	○*		
検査前・肝	○*		
検査前・唾液腺	○*		
検査前・甲状腺	○*		
検査前・胆道	○*		
検査前・膵	○*		
検査前・前立腺	○*		
検査前・卵巣/卵管	○*		
検査前・レジメン内容	○		
検査前・Grade3以上の有害事象	○		
EP後・BSC治験		○	
EP後・レジメン内容		○	
EP後・薬剤2以降		○	
EP後・Grade3以上の有害事象		○	
EP後・転帰		○	
同意変更			○

検体発送までに入力するデータ

書式：検査前・同意

がん種情報

がん種区分 ※必須

<input type="checkbox"/> 中枢神経系／脳	<input type="checkbox"/> 頭頸部	<input type="checkbox"/> 眼	<input type="checkbox"/> 肺
<input type="checkbox"/> 胸膜	<input type="checkbox"/> 胸腺	<input type="checkbox"/> 甲状腺	<input type="checkbox"/> 乳
<input type="checkbox"/> 食道／胃	<input type="checkbox"/> 十二指腸乳頭部	<input type="checkbox"/> 腸	<input type="checkbox"/> 肝
<input type="checkbox"/> 胆道	<input type="checkbox"/> 膵	<input type="checkbox"/> 腎	<input type="checkbox"/> 副腎
<input type="checkbox"/> 膀胱／尿管	<input type="checkbox"/> 前立腺	<input type="checkbox"/> 精巣	<input type="checkbox"/> 陰茎
<input type="checkbox"/> 子宮	<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"/> 軟部組織	<input type="checkbox"/> 腹膜
<input type="checkbox"/> 骨髄	<input type="checkbox"/> リンパ節	<input type="checkbox"/> 末梢神経系	<input type="checkbox"/> その他

がん種区分（その他）

エキスパートパネルまでに入力するデータ

書式：検査前・患者情報

患者背景情報

臨床診断名 ※必須

診断日（日付） ※必須
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をご入力ください。

初回治療前のステージ分類 0期 I期 II期 III期 IV期 該当せず 不明 ※必須

喫煙歴の有無 なし あり 不明 ※必須

喫煙年数 （年） 1日の本数 （本/日）

アルコール多飲の有無 なし あり 不明

ECOG PS 0 1 2 3 4 不明 ※必須

重複がん

重複がん有無（異なる臓器） なし あり 不明 ※必須

重複がん 1

重複がん部位 ※必須

重複がん活動性 活動性 非活動性 不明 ※必須

発症年齢 歳

重複がん 2（他にあれば、裏面に記載してください）

多発がん

多発がん有無（同一臓器） なし あり 不明 ※必須

多発がん活動性 活動性 非活動性 不明 ※必須

発症年齢 歳

家族歴

家族歴有無 なし あり 不明 ※必須

家族歴 1

続柄

がん種 罹患年齢 歳台

家族歴 2

続柄

がん種 罹患年齢 歳台

追加の家族歴は、裏に記載してください 裏に記載あり

既知の遺伝性疾患

既知の遺伝性疾患の有無 なし あり 不明 ※必須

既知の遺伝性疾患名

エキスパートパネルまでに入力するデータ

書式：検査前・がん種その他

がん種が「肺、乳、食道・胃・大腸、肝、皮膚、唾液腺、甲状腺、胆道、膵、前立腺、卵巣/卵管」の場合は、該当の各シートに記入してください。それ以外のがん種は、登録時転移と固形がんの情報を記入してください。

登録時転移

登録時転移の有無 なし あり 不明 ※必須
登録時転移の部位 ※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"/> 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"/> 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"/> 末梢神経系	<input type="checkbox"/> 血液	<input type="checkbox"/> 原発不明	<input type="checkbox"/> その他			

固形がん

NTRK1/2/3融合遺伝子

陰性 陽性 判定不能 不明or未検査 ※必須

NTRK1/2/3融合遺伝子-検査方法

F1 CDx F1Liquid CDx その他 不明 ※必須

マイクロサテライト不安定性

陰性 陽性 判定不能 不明or未検査 ※必須

マイクロサテライト不安定性-検査方法

MSI検査キット (FALCO) F1 CDx G360CDx ※必須
Idylla MSI Test「フレイバイ」 その他 不明

ミスマッチ修復機能欠損

陰性 陽性 判定不能 不明or未検査 ※必須

ミスマッチ修復機能欠損-検査方法

ペンタ OptiView PMS2(A16-4) ペンタ OptiView PMH2(G219-1129)
ペンタ OptiView MSH6(SP93) ペンタ OptiView MLH(M1) ※必須
その他 不明

腫瘍遺伝子変異量

TMB-High(TMBスコアが10mut/Mb以上) その他 不明or未検査 ※必須

腫瘍遺伝子変異量-検査方法

F1 CDx その他 不明 ※必須

エキスパートパネルまでに入力するデータ

書式：検査前・肺

登録時転移

登録時転移の有無 なし あり 不明 ※必須

登録時転移の部位 ※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"/> 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"/> 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"/> 末梢神経系 | <input type="checkbox"/> 血液 | <input type="checkbox"/> 原発不明 | | | |
| <input type="checkbox"/> その他 | | | | | | | | |

固形がん

NTRK1/2/3融合遺伝子

陰性 陽性 判定不能 不明or未検査 ※必須

NTRK1/2/3融合遺伝子-検査方法

F1 CDx F1Liquid CDx その他 不明 ※必須

マイクロサテライト不安定性

陰性 陽性 判定不能 不明or未検査 ※必須

マイクロサテライト不安定性-検査方法

MSI検査キット (FALCO) F1 CDx G360CDx
Idylla MSI Test「フレイバ」 その他 不明 ※必須

ミスマッチ修復機能欠損

陰性 陽性 判定不能 不明or未検査 ※必須

ミスマッチ修復機能欠損-検査方法

ベンタ OptiView PMS2(A16-4) ベンタ OptiView PMH2(G219-1129)
ベンタ OptiView MSH6(SP93) ベンタ OptiView MLH(M1) ※必須
その他 不明

腫瘍遺伝子変異量

TMB-High(TMBスコアが10mut/Mb以上) その他 不明or未検査 ※必須

腫瘍遺伝子変異量-検査方法

F1 CDx その他 不明 ※必須

がん種固有（肺）

EGFR

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	※必須
EGFR-type	<input type="checkbox"/> G719	<input type="checkbox"/> exon-19欠失	<input type="checkbox"/> S7681	<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	※必須
EGFR-検査方法	<input type="checkbox"/> CobasV2	<input type="checkbox"/> Therascreen	<input type="checkbox"/> その他	<input type="checkbox"/> 不明	※必須
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

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	※必須
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		※必須

ROS1

ROS 1	<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
-------	-----------------------------	-----------------------------	-------------------------------	----------------------------------	-----

BRAF

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
-------------	-----------------------------	-----------------------------	-------------------------------	----------------------------------	-----

PD-L1

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	※必須
PD-L1(IHC) - 検査方法	<input type="checkbox"/> Nivolumab/Deko28-8(BMS/小野)				
	<input type="checkbox"/> Pembrolizumab/Deko22C3(Merck)				
	<input type="checkbox"/> その他				
	<input type="checkbox"/> 不明	※必須			
	陽性率		<input type="text" value=""/>	%	※必須

MET

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	※必須
MET遺伝子エクソン14 スキッピング変異-検査方法	<input type="checkbox"/> ArcherMETコンパニオン診断システム		<input type="checkbox"/> AmoyDx肺癌マルチ遺伝子PCRパネル		
	<input type="checkbox"/> その他	<input type="checkbox"/> 不明			※必須

KRAS G12C

FRAS 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	※必須
FRAS G12C遺伝子変異 -検査方法	<input type="checkbox"/> therascreen	<input type="checkbox"/> その他	<input type="checkbox"/> 不明		※必須

RET融合

RET融合遺伝子 -検査方法	<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
RET融合遺伝子	<input type="checkbox"/> オクマインDx Target Test マルチ CDx	<input type="checkbox"/> その他	<input type="checkbox"/> 不明		※必須

環境暴露因子

アスベスト暴露歴	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> 不明		※必須
----------	-----------------------------	-----------------------------	-----------------------------	--	-----

エキスパートパネルまでに入力するデータ

書式：検査前・乳

登録時転移

登録時転移の有無 なし あり 不明 ※必須
登録時転移の部位 ※必須

脊髄 脳 眼 口腔 咽頭 喉頭 鼻・副鼻腔 唾液腺
甲状腺 肺 胸膜 胸腺 乳腺 食道 胃 十二指腸乳頭部
十二指腸 小腸 虫垂 大腸 肛門 肝 胆道 膵 腎
腎盂 副腎 膀胱 尿管 前立腺 精巣 陰茎 子宮体部
子宮頸部 卵巣/卵管 膣 皮膚 骨 筋肉 軟部組織 腹膜
髄膜 骨髄 リンパ節/リンパ管 末梢神経系 血液 原発不明
その他

固形がん

NTRK1/2/3融合遺伝子

陰性 陽性 判定不能 不明or未検査 ※必須

NTRK1/2/3融合遺伝子-検査方法

F1 CDx F1Liquid CDx その他 不明 ※必須

マイクロサテライト不安定性

陰性 陽性 判定不能 不明or未検査 ※必須

マイクロサテライト不安定性-検査方法

MSI検査キット (FALCO) F1 CDx G360CDx
Idylla MSI Test「ニフレイバ 忒」 その他 不明 ※必須

ミスマッチ修復機能欠損

陰性 陽性 判定不能 不明or未検査 ※必須

ミスマッチ修復機能欠損-検査方法

ペ ン対 OptiView PMS2(A16-4) ペ ン対 OptiView PMH2(G219-1129)
ペ ン対 OptiView MSH6(SP93) ペ ン対 OptiView MLH(M1) ※必須
その他 不明

腫瘍遺伝子変異量

TMB-High(TMBスコアが10mut/Mb以上) その他 不明or未検査 ※必須

腫瘍遺伝子変異量-検査方法

F1 CDx その他 不明 ※必須

がん種固有（乳）

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	※必須			
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	※必須
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	※必須	
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	※必須	
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	※必須	
gBRCA1-検査方法	<input type="checkbox"/> BRCAAnalysis診断システム		<input type="checkbox"/> その他	<input type="checkbox"/> 不明	※必須	
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	
gBRCA2-検査方法	<input type="checkbox"/> BRCAAnalysis診断システム		<input type="checkbox"/> その他	<input type="checkbox"/> 不明	※必須	
PD-L1タパク	<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	※必須	
PD-L1タパク-検査方法	<input type="checkbox"/> PD-L1 IHC 22C3 pharmDx「ダコ」		<input type="checkbox"/> その他	<input type="checkbox"/> 不明	※必須	
ERBB2コピ-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	※必須
ERBB2コピ-数異常-検査方法	<input type="checkbox"/> F1 CDx	<input type="checkbox"/> その他	<input type="checkbox"/> 不明	※必須		

エキスパートパネルまでに入力するデータ

書式：検査前・食道胃大腸

登録時転移

登録時転移の有無 なし あり 不明 ※必須
登録時転移の部位 ※必須

脊髄 脳 眼 口腔 咽頭 喉頭 鼻・副鼻腔 唾液腺
甲状腺 肺 胸膜 胸腺 乳腺 食道 胃 十二指腸乳頭部
十二指腸 小腸 虫垂 大腸 肛門 肝 胆道 膵 腎
腎盂 副腎 膀胱 尿管 前立腺 精巣 陰茎 子宮体部
子宮頸部 卵巣/卵管 膣 皮膚 骨 筋肉 軟部組織 腹膜
髄膜 骨髄 リンパ節/リンパ管 末梢神経系 血液 原発不明
その他

固形がん

NTRK1/2/3融合遺伝子

陰性 陽性 判定不能 不明or未検査 ※必須

NTRK1/2/3融合遺伝子-検査方法

F1 CDx F1Liquid CDx その他 不明 ※必須

マイクロサテライト不安定性

陰性 陽性 判定不能 不明or未検査 ※必須

マイクロサテライト不安定性-検査方法

MSI検査キット (FALCO) F1 CDx G360CDx
Idylla MSI Test「フレイバ」 その他 不明 ※必須

ミスマッチ修復機能欠損

陰性 陽性 判定不能 不明or未検査 ※必須

ミスマッチ修復機能欠損-検査方法

ベントナ OptiView PMS2(A16-4) ベントナ OptiView PMH2(G219-1129)
ベントナ OptiView MSH6(SP93) ベントナ OptiView MLH(M1) ※必須
その他 不明

腫瘍遺伝子変異量

TMB-High(TMBスコアが10mut/Mb以上) その他 不明or未検査
※必須

腫瘍遺伝子変異量-検査方法

F1 CDx その他 不明 ※必須

がん種固有（食道胃大腸）

KRAS

KRAS 陰性 陽性 判定不能 不明or未検査 ※必須
KRAS-type codon12 codon13 codon59 codon61
 codon117 codon146 不明 ※必須
KRAS-検査方法 PCR-rSSO法 その他 不明 ※必須

NRAS

NRAS 陰性 陽性 判定不能 不明or未検査 ※必須
NRAS-type codon12 codon13 codon59 codon61
 codon117 codon146 不明 ※必須
NRAS-検査方法 PCR-rSSO法 その他 不明 ※必須

HER2

HER2 陰性 陰性（1+） 境界域（2+） 陽性（3+）
 判定不能 不明or未検査 ※必須
HER2タンパク-検査方法
 ベンチ ultraView パスチア-(4B5) その他 不明or未検査 ※必須
HER2遺伝子増幅(ISH法)-検査方法
 パステーションHER-2 DNAプロブキット その他 不明or未検査 ※必須
HER2遺伝子増幅(ISH法)
 陰性 equivocal 陽性 判定不能 ※必須

EGFR

EGFR(IHC) 陰性 陽性 判定不能 不明or未検査 ※必須

BRAF

BRAF(V600) 陰性 陽性 判定不能 不明or未検査 ※必須
BRAF(V600)-検査方法
 MEBGEN RASKET-Bキット therascreen その他 不明

エキスパートパネルまでに入力するデータ

書式：検査前・肝

登録時転移

登録時転移の有無 なし あり 不明 ※必須
登録時転移の部位 ※必須

脊髄 脳 眼 口腔 咽頭 喉頭 鼻・副鼻腔 唾液腺
甲状腺 肺 胸膜 胸腺 乳腺 食道 胃 十二指腸乳頭部
十二指腸 小腸 虫垂 大腸 肛門 肝 胆道 膵 腎
腎盂 副腎 膀胱 尿管 前立腺 精巣 陰茎 子宮体部
子宮頸部 卵巣/卵管 膣 皮膚 骨 筋肉 軟部組織 腹膜
髄膜 骨髄 リンパ節/リンパ管 末梢神経系 血液 原発不明
その他

固形がん

NTRK1/2/3融合遺伝子

陰性 陽性 判定不能 不明or未検査 ※必須

NTRK1/2/3融合遺伝子-検査方法

F1 CDx F1Liquid CDx その他 不明 ※必須

マイクロサテライト不安定性

陰性 陽性 判定不能 不明or未検査 ※必須

マイクロサテライト不安定性-検査方法

MSI検査キット (FALCO) F1 CDx G360CDx
Idylla MSI Test「ニフレバ イ」 その他 不明 ※必須

ミスマッチ修復機能欠損

陰性 陽性 判定不能 不明or未検査 ※必須

ミスマッチ修復機能欠損-検査方法

ベントナ OptiView PMS2(A16-4) ベントナ OptiView PMH2(G219-1129)
ベントナ OptiView MSH6(SP93) ベントナ OptiView MLH(M1) ※必須
その他 不明

腫瘍遺伝子変異量

TMB-High(TMBスコアが10mut/Mb以上) その他 不明or未検査 ※必須

腫瘍遺伝子変異量-検査方法

F1 CDx その他 不明 ※必須

がん種固有（肝）

HBsAg 陰性 陽性 判定不能 不明or未検査 ※必須

HBs抗体 陰性 陽性 判定不能 不明or未検査 ※必須

HBV-DNA

HCV抗体 低 中 高 不明or未検査 ※必須

HCV-RNA

エキスパートパネルまでに入力するデータ

書式：検査前・皮膚

登録時転移

登録時転移の有無 なし あり 不明 ※必須

登録時転移の部位 ※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"/> 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"/> 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"/> 末梢神経系	<input type="checkbox"/> 血液	<input type="checkbox"/> 原発不明			
<input type="checkbox"/> その他								

固形がん

NTRK1/2/3融合遺伝子

陰性 陽性 判定不能 不明or未検査 ※必須

NTRK1/2/3融合遺伝子-検査方法

F1 CDx F1Liquid CDx その他 不明 ※必須

マイクロサテライト不安定性

陰性 陽性 判定不能 不明or未検査 ※必須

マイクロサテライト不安定性-検査方法

MSI検査キット (FALCO) F1 CDx G360CDx
Idylla MSI Test「フレイバ イ」 その他 不明 ※必須

ミスマッチ修復機能欠損

陰性 陽性 判定不能 不明or未検査 ※必須

ミスマッチ修復機能欠損-検査方法

ベントナ OptiView PMS2(A16-4) ベントナ OptiView PMH2(G219-1129)
ベントナ OptiView MSH6(SP93) ベントナ OptiView MLH(M1) ※必須
その他 不明

腫瘍遺伝子変異量

TMB-High(TMBスコアが10mut/Mb以上) その他 不明or未検査
※必須

腫瘍遺伝子変異量-検査方法

F1 CDx その他 不明 ※必須

がん種固有（皮膚）

BRAF

BRAF遺伝子変異 陰性 陽性 判定不能 不明or未検査 ※必須
BRAF遺伝子変異 コパス BRAS V600 変異検出キット F1 CDx THxID BRAFキット
-検査方法 MEBGEN BRAFキット その他 不明 ※必須
BRAF-type V600E V600K 判定不能 不明or未検査 ※必須

エキスパートパネルまでに入力するデータ

書式：検査前・唾液腺

登録時転移

登録時転移の有無 なし あり 不明 ※必須
登録時転移の部位 ※必須

脊髄 脳 眼 口腔 咽頭 喉頭 鼻・副鼻腔 唾液腺
甲状腺 肺 胸膜 胸腺 乳腺 食道 胃 十二指腸乳頭部
十二指腸 小腸 虫垂 大腸 肛門 肝 胆道 膵 腎
腎盂 副腎 膀胱 尿管 前立腺 精巣 陰茎 子宮体部
子宮頸部 卵巣/卵管 膣 皮膚 骨 筋肉 軟部組織 腹膜
髄膜 骨髄 リンパ節/リンパ管 末梢神経系 血液 原発不明
その他

固形がん

NTRK1/2/3融合遺伝子

陰性 陽性 判定不能 不明or未検査 ※必須

NTRK1/2/3融合遺伝子-検査方法

F1 CDx F1Liquid CDx その他 不明 ※必須

マイクロサテライト不安定性

陰性 陽性 判定不能 不明or未検査 ※必須

マイクロサテライト不安定性-検査方法

MSI検査キット (FALCO) F1 CDx G360CDx
Idylla MSI Test「ニフレイバ 忒」 その他 不明 ※必須

ミスマッチ修復機能欠損

陰性 陽性 判定不能 不明or未検査 ※必須

ミスマッチ修復機能欠損-検査方法

ペ ン対 OptiView PMS2(A16-4) ペ ン対 OptiView PMH2(G219-1129)
ペ ン対 OptiView MSH6(SP93) ペ ン対 OptiView MLH(M1) ※必須
その他 不明

腫瘍遺伝子変異量

TMB-High(TMBスコアが10mut/Mb以上) その他 不明or未検査 ※必須

腫瘍遺伝子変異量-検査方法

F1 CDx その他 不明 ※必須

がん種固有（唾液腺）

HER2遺伝子増幅度 陰性 equivocal 陽性 判定不能 不明or未検査 ※必須

HER2遺伝子増幅度 ペーパ対DISH HER2キット その他 不明 ※必須

-検査方法

HER2対パク 陰性 equivocal 陽性 判定不能 不明or未検査 ※必須

HER2対パク ペーパ対 ultraView ハ スウェー HER2(4B5)(FALCO) その他 不明 ※必須

-検査方法

エキスパートパネルまでに入力するデータ

書式：検査前・甲状腺

登録時転移

登録時転移の有無 なし あり 不明 ※必須
登録時転移の部位 ※必須

脊髄 脳 眼 口腔 咽頭 喉頭 鼻・副鼻腔 唾液腺
甲状腺 肺 胸膜 胸腺 乳腺 食道 胃 十二指腸乳頭部
十二指腸 小腸 虫垂 大腸 肛門 肝 胆道 膵 腎
腎盂 副腎 膀胱 尿管 前立腺 精巣 陰茎 子宮体部
子宮頸部 卵巣/卵管 膣 皮膚 骨 筋肉 軟部組織 腹膜
髄膜 骨髄 リンパ節/リンパ管 末梢神経系 血液 原発不明
その他

固形がん

NTRK1/2/3融合遺伝子

陰性 陽性 判定不能 不明or未検査 ※必須

NTRK1/2/3融合遺伝子-検査方法

F1 CDx F1Liquid CDx その他 不明 ※必須

マイクロサテライト不安定性

陰性 陽性 判定不能 不明or未検査 ※必須

マイクロサテライト不安定性-検査方法

MSI検査キット (FALCO) F1 CDx G360CDx
Idylla MSI Test「ニフレイバ 忒」 その他 不明 ※必須

ミスマッチ修復機能欠損

陰性 陽性 判定不能 不明or未検査 ※必須

ミスマッチ修復機能欠損-検査方法

ペ ン対 OptiView PMS2(A16-4) ペ ン対 OptiView PMH2(G219-1129)
ペ ン対 OptiView MSH6(SP93) ペ ン対 OptiView MLH(M1) ※必須
その他 不明

腫瘍遺伝子変異量

TMB-High(TMBスコアが10mut/Mb以上) その他 不明or未検査 ※必須

腫瘍遺伝子変異量-検査方法

F1 CDx その他 不明 ※必須

がん種固有（甲状腺）

RET融合遺伝子 陰性 陽性 判定不能 不明or未検査 ※必須
RET融合遺伝子 オンコマイン Dx Target Test マルチ CDx その他 不明 ※必須
-検査方法

RET遺伝子変異 陰性 陽性 判定不能 不明or未検査 ※必須
RET遺伝子変異 オンコマイン Dx Target Test マルチ CDx その他 不明 ※必須
-検査方法

エキスパートパネルまでに入力するデータ

書式：検査前・胆道

登録時転移

登録時転移の有無 なし あり 不明 ※必須
登録時転移の部位 ※必須

脊髄 脳 眼 口腔 咽頭 喉頭 鼻・副鼻腔 唾液腺
甲状腺 肺 胸膜 胸腺 乳腺 食道 胃 十二指腸乳頭部
十二指腸 小腸 虫垂 大腸 肛門 肝 胆道 膵 腎
腎盂 副腎 膀胱 尿管 前立腺 精巣 陰茎 子宮体部
子宮頸部 卵巣/卵管 膣 皮膚 骨 筋肉 軟部組織 腹膜
髄膜 骨髄 リンパ節/リンパ管 末梢神経系 血液 原発不明
その他

固形がん

NTRK1/2/3融合遺伝子

陰性 陽性 判定不能 不明or未検査 ※必須

NTRK1/2/3融合遺伝子-検査方法

F1 CDx F1Liquid CDx その他 不明 ※必須

マイクロサテライト不安定性

陰性 陽性 判定不能 不明or未検査 ※必須

マイクロサテライト不安定性-検査方法

MSI検査キット (FALCO) F1 CDx G360CDx
Idylla MSI Test「ニフレイバ 忒」 その他 不明 ※必須

ミスマッチ修復機能欠損

陰性 陽性 判定不能 不明or未検査 ※必須

ミスマッチ修復機能欠損-検査方法

ペ ン対 OptiView PMS2(A16-4) ペ ン対 OptiView PMH2(G219-1129)
ペ ン対 OptiView MSH6(SP93) ペ ン対 OptiView MLH(M1) ※必須
その他 不明

腫瘍遺伝子変異量

TMB-High(TMBスコアが10mut/Mb以上) その他 不明or未検査 ※必須

腫瘍遺伝子変異量-検査方法

F1 CDx その他 不明 ※必須

がん種固有（胆道）

FGFR2融合遺伝子 陰性 陽性 判定不能 不明or未検査 ※必須

FGFR2融合遺伝子 F1 CDx その他 不明 ※必須

-検査方法

検査前までに入力するデータ

書式：検査前・臍

登録時転移

登録時転移の有無 なし あり 不明 ※必須
登録時転移の部位 ※必須

脊髄 脳 眼 口腔 咽頭 喉頭 鼻・副鼻腔 唾液腺
甲状腺 肺 胸膜 胸腺 乳腺 食道 胃 十二指腸乳頭部
十二指腸 小腸 虫垂 大腸 肛門 肝 胆道 臍 腎
腎盂 副腎 膀胱 尿管 前立腺 精巣 陰茎 子宮体部
子宮頸部 卵巣/卵管 膣 皮膚 骨 筋肉 軟部組織 腹膜
髄膜 骨髄 リンパ節/リンパ管 末梢神経系 血液 原発不明
その他

固形がん

NTRK1/2/3融合遺伝子

陰性 陽性 判定不能 不明or未検査 ※必須

NTRK1/2/3融合遺伝子-検査方法

F1 CDx F1Liquid CDx その他 不明 ※必須

マイクロサテライト不安定性

陰性 陽性 判定不能 不明or未検査 ※必須

マイクロサテライト不安定性-検査方法

MSI検査キット (FALCO) F1 CDx G360CDx
Idylla MSI Test「ニフレイバ 忒」 その他 不明 ※必須

ミスマッチ修復機能欠損

陰性 陽性 判定不能 不明or未検査 ※必須

ミスマッチ修復機能欠損-検査方法

ペ ン対 OptiView PMS2(A16-4) ペ ン対 OptiView PMH2(G219-1129)
ペ ン対 OptiView MSH6(SP93) ペ ン対 OptiView MLH(M1) ※必須
その他 不明

腫瘍遺伝子変異量

TMB-High(TMBスコアが10mut/Mb以上) その他 不明or未検査 ※必須

腫瘍遺伝子変異量-検査方法

F1 CDx その他 不明 ※必須

がん種固有（膵）

gBRCA1 陰性 陽性 判定不能 不明or未検査 ※必須

gBRCA1 BRCAAnalysis診断システム その他 不明 ※必須

-検査方法

gBRCA2 陰性 陽性 判定不能 不明or未検査 ※必須

gBRCA2 BRCAAnalysis診断システム その他 不明 ※必須

-検査方法

検査前までに入力するデータ

書式：検査前・前立腺

登録時転移

登録時転移の有無 なし あり 不明 ※必須
登録時転移の部位 ※必須

脊髄 脳 眼 口腔 咽頭 喉頭 鼻・副鼻腔 唾液腺
甲状腺 肺 胸膜 胸腺 乳腺 食道 胃 十二指腸乳頭部
十二指腸 小腸 虫垂 大腸 肛門 肝 胆道 膵 腎
腎盂 副腎 膀胱 尿管 前立腺 精巣 陰茎 子宮体部
子宮頸部 卵巣/卵管 膣 皮膚 骨 筋肉 軟部組織 腹膜
髄膜 骨髄 リンパ節/リンパ管 末梢神経系 血液 原発不明
その他

固形がん

NTRK1/2/3融合遺伝子

陰性 陽性 判定不能 不明or未検査 ※必須

NTRK1/2/3融合遺伝子-検査方法

F1 CDx F1Liquid CDx その他 不明 ※必須

マイクロサテライト不安定性

陰性 陽性 判定不能 不明or未検査 ※必須

マイクロサテライト不安定性-検査方法

MSI検査キット (FALCO) F1 CDx G360CDx
Idylla MSI Test「ニフレイバ 忒」 その他 不明 ※必須

ミスマッチ修復機能欠損

陰性 陽性 判定不能 不明or未検査 ※必須

ミスマッチ修復機能欠損-検査方法

ペ ン対 OptiView PMS2(A16-4) ペ ン対 OptiView PMH2(G219-1129)
ペ ン対 OptiView MSH6(SP93) ペ ン対 OptiView MLH(M1) ※必須
その他 不明

腫瘍遺伝子変異量

TMB-High(TMBスコアが10mut/Mb以上) その他 不明or未検査 ※必須

腫瘍遺伝子変異量-検査方法

F1 CDx その他 不明 ※必須

がん種固有（前立腺）

- | | | | | | | |
|-----------------|---------------------------------|---------------------------------------|--|----------------------------------|-----------------------------|-----|
| 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 | ※必須 | |
| gBRCA1
-検査方法 | <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 | ※必須 |
| 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 | |
| gBRCA2
-検査方法 | <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 | ※必須 |

検査前までに入力するデータ

書式：検査前・卵巣/卵管

登録時転移

登録時転移の有無 なし あり 不明 ※必須
登録時転移の部位 ※必須

脊髄 脳 眼 口腔 咽頭 喉頭 鼻・副鼻腔 唾液腺
甲状腺 肺 胸膜 胸腺 乳腺 食道 胃 十二指腸乳頭部
十二指腸 小腸 虫垂 大腸 肛門 肝 胆道 膵 腎
腎盂 副腎 膀胱 尿管 前立腺 精巣 陰茎 子宮体部
子宮頸部 卵巣/卵管 膣 皮膚 骨 筋肉 軟部組織 腹膜
髄膜 骨髄 リンパ節/リンパ管 末梢神経系 血液 原発不明
その他

固形がん

NTRK1/2/3融合遺伝子

陰性 陽性 判定不能 不明or未検査 ※必須

NTRK1/2/3融合遺伝子-検査方法

F1 CDx F1Liquid CDx その他 不明 ※必須

マイクロサテライト不安定性

陰性 陽性 判定不能 不明or未検査 ※必須

マイクロサテライト不安定性-検査方法

MSI検査キット (FALCO) F1 CDx G360CDx
Idylla MSI Test「ニフレイバ 忒」 その他 不明 ※必須

ミスマッチ修復機能欠損

陰性 陽性 判定不能 不明or未検査 ※必須

ミスマッチ修復機能欠損-検査方法

ペ ン対 OptiView PMS2(A16-4) ペ ン対 OptiView PMH2(G219-1129)
ペ ン対 OptiView MSH6(SP93) ペ ン対 OptiView MLH(M1) ※必須
その他 不明

腫瘍遺伝子変異量

TMB-High(TMBスコアが10mut/Mb以上) その他 不明or未検査
※必須

腫瘍遺伝子変異量-検査方法

F1 CDx その他 不明 ※必須

がん種固有（卵巣/卵管）

gBRCA1 陰性 陽性 判定不能 不明or未検査 ※必須

gBRCA1 F1 CDx BRACAnalysis 診断システム myChoice 診断システム その他 不明 ※必須
-検査方法

gBRCA2 陰性 陽性 判定不能 不明or未検査 ※必須

gBRCA2 F1 CDx BRACAnalysis 診断システム myChoice 診断システム その他 不明 ※必須
-検査方法

相同組換え修復欠損 陰性 陽性 判定不能 不明or未検査 ※必須

相同組換え修復欠損 myChoice診断システム その他 不明 ※必須
-検査方法

検査前までに入力するデータ

書式：検査前・レジメン内容

レジメン：必要枚数をコピーまたは印刷して記入してください。実施したすべてのレジメンに関する記載が必要です

薬物療法実施の有無 有 無 ※必須 「無」の場合、以下の記入は不要です。

レジメン内容 1 2 3 4 5 その他 () 数字を記載

治療方針 企業治験 医師主導治験 先進医療 患者申出療養
保険診療 不明 ※必須

治療ライン 1次治療 2次治療 3次治療 4次治療
5次治療以降 不明 ※必須

実施目的 術前補助療法 術後補助療法 根治 その他 ※必須

実施施設 鳥取県立中央病院 鳥取県立中央病院以外 ※必須

レジメン名 ※必須

薬剤名 ※必須

レジメン内容変更状況

投与開始日（日付） ※必須

投与終了日（日付） ※必須

継続中

終了理由 計画通り終了 無効中止 副作用等で中止
本人の希望により中止 その他の理由で中止 不明 ※必須

最良総合効果 CR PR SD PD NE ※必須

増悪確認日 ※必須 中止に至った有害事象

Grade3以上有害事象の有無 Grade 3 以上なし Grade 3 以上あり ※必須

有害事象 1

発現日（日付） ※必須

CTCAEv5.0

名称日本語 ※必須

最悪Grade Grade3 Grade4 Grade5 不明 ※必須

中止に至った有害事象の詳細 あり 不明 ※必須

※「中止に至った有害事象」が上記以外には無い場合は、「不明」を選択してください。上記有害事象以外に「中止に至った有害事象」が有れば、「あり」を選択してください。

有害事象 2 以降は、別紙に入力または記入してください。

検査前までに入力するデータ

書式：検査前・Grade3以上の有害事象

レジメン 有害事象 2 以降：レジメンごとに記載してください。必要枚数をコピーまたは印刷して使用してください。

レジメン内容 1 2 3 4 5 その他 () 数字を記載

有害事象 () 数字を記載

発現日 (日付) ※必須

CTCAEv5.0

名称日本語 ※必須

最悪Grade Grade3 Grade4 Grade5 不明 ※必須

有害事象 () 数字を記載

発現日 (日付) ※必須

CTCAEv5.0

名称日本語 ※必須

最悪Grade Grade3 Grade4 Grade5 不明 ※必須

有害事象 () 数字を記載

発現日 (日付) ※必須

CTCAEv5.0

名称日本語 ※必須

最悪Grade Grade3 Grade4 Grade5 不明 ※必須

有害事象 () 数字を記載

発現日 (日付) ※必須

CTCAEv5.0

名称日本語 ※必須

最悪Grade Grade3 Grade4 Grade5 不明 ※必須

エキスパートパネル後に入力するデータ

書式：EP後・BSC治験

薬物療法（EP後） BSCの場合

レジメン内容 1

エキスパートパネル開催日（日付）

治療方針

- 治験 先進医療B 患者申出療養
 その他の適応外他 適応内 BSC ※必須

薬物療法（EP後） 治験の場合

レジメン内容 1

エキスパートパネル開催日（日付）

治療方針

- 治験 先進医療B 患者申出療養
 その他の適応外他 適応内 BSC ※必須

治療ライン

- 1次治療 2次治療 3次治療
 4次治療 5次治療 不明 ※必須

治療開始日（日付）

※必須

エキスパートパネル後に入力するデータ

書式：EP後・レジメン内容

薬物療法（EP後）レジメン。治療方針がBSC、治験以外の場合。実施したすべてのレジメンに関する記載が必要。

レジメン内容 1 2 3 その他（ ） 数字を記載

エキスパートパネル開催日（日付）

治療方針

治験 先進医療B 患者申出療養

その他の適応外他 適応内 BSC ※必須

治療ライン

1次治療 2次治療 3次治療

4次治療 5次治療 不明 ※必須

実施施設

鳥取県立中央病院 鳥取県立中央病院以外 ※必須

レジメン名

薬剤 1

薬剤名

※必須

投与時点の薬剤承認状況

適応内 適応外 未承認（治験薬）

※必須

（初回）投与量

※必須

単位

mg/body mg/m² mg/kg IU/body

用法

経口 静注 点滴静注 皮下 筋注 動注 その他

薬剤 2 以降は、別紙（EP後・薬剤 2 以降）に入力（記載）してください。

レジメン内容変更情報

投与開始日（日付）

※必須

投与終了日（日付）

※必須

継続中

終了理由

計画通り終了 無効中止 副作用等で中止

本人の希望により中止 その他の理由で中止 不明

最良総合効果

CR PR SD PD NE ※必須

エキスパートパネル後に入力するデータ

書式：EP後・レジメン内容

薬物療法（EP後）レジメン内容。治療方針がBSC、治験以外の場合。実施したすべてのレジメンに関する記載が必

レジメン内容 1 2 3 その他 () 数字を記載

薬剤 2

薬剤名 ※必須

投与時点の薬剤承認状況 適応内 適応外 未承認（治験薬） ※必須

（初回）投与量

単位 mg/body mg/m² mg/kg IU/body

用法 経口 静注 点滴静注 皮下 筋注 動注 その他

薬剤 3

薬剤名 ※必須

投与時点の薬剤承認状況 適応内 適応外 未承認（治験薬） ※必須

（初回）投与量

単位 mg/body mg/m² mg/kg IU/body

用法 経口 静注 点滴静注 皮下 筋注 動注 その他

薬剤 4

薬剤名 ※必須

投与時点の薬剤承認状況 適応内 適応外 未承認（治験薬） ※必須

（初回）投与量

単位 mg/body mg/m² mg/kg IU/body

用法 経口 静注 点滴静注 皮下 筋注 動注 その他

薬剤 5

薬剤名 ※必須

投与時点の薬剤承認状況 適応内 適応外 未承認（治験薬） ※必須

（初回）投与量

単位 mg/body mg/m² mg/kg IU/body

用法 経口 静注 点滴静注 皮下 筋注 動注 その他

エキスパートパネル後に入力するデータ

書式：EP後・Grade3以上の有害事象

薬物療法（EP後）有害事象。治療方針がBSC、治験以外の場合。実施したすべてのレジメンに関する記載が必要。

レジメン内容 1 2 3 その他（ ） 数字を記載

Grade 3 以上有害事象の有無 Grade 3 以上なし Grade 3 以上あり ※必須

有害事象 1

発現日（日付） ※必須

CTCAEv5.0

名称日本語 ※必須

最悪Grade Grade3 Grade4 Grade5 不明 ※必須

有害事象 2

発現日（日付） ※必須

CTCAEv5.0

名称日本語 ※必須

最悪Grade Grade3 Grade4 Grade5 不明 ※必須

有害事象 3

発現日（日付） ※必須

CTCAEv5.0

名称日本語 ※必須

最悪Grade Grade3 Grade4 Grade5 不明 ※必須

有害事象 4

発現日（日付） ※必須

CTCAEv5.0

名称日本語 ※必須

最悪Grade Grade3 Grade4 Grade5 不明 ※必須

有害事象 5

発現日（日付） ※必須

CTCAEv5.0

名称日本語 ※必須

最悪Grade Grade3 Grade4 Grade5 不明 ※必須

有害事象 6 以上は、コピーして記載。数字は上書きしてください。

エキスパートパネル後に入力するデータ

書式：EP後・転帰

転帰情報

転帰 生存 死亡 不明もしくは追跡不可 ※必須

死亡日（日付） ※必須

死因 原病死 他部位のがん死 他病死 不明 ※必須

同意変更時に入力するデータ

書式：同意変更

同時変更情報

同意変更申出日（年月日）

※必須

意思変更項目

直接特定できない形にした情報やゲノムデータ等を「がんゲノム情報管理センター」へ提供することについて

- 「同意しない」から「同意する」に変更
 「同意する」と回答したが、今後の提供と利用の停止を希望する

がんに関する遺伝の情報（遺伝性腫瘍）の情報提供について

- 「情報提供を希望しない」から「情報提供を希望する」に変更
 「情報提供を希望する」から「情報提供を希望しない」に変更

「がんゲノム情報管理センター」に提供された情報・ゲノムデータ等を、厳格な審査を経て、学術研究や医薬品開発目的での利用を希望する第三者に提供することについて（なお、同意撤回されたとしても、既に利用されている場合には削除できないことがあります。）

- 「同意しない」から「同意する」に変更
 「同意する」と回答したが、今後の提供と利用の停止を希望する