

- 1 原発巣の組織診陽性(病理組織検査によるがんの診断)
- 2 転移巣の組織診陽性(病理組織検査によるがんの診断)
- 3 細胞診陽性(組織診ではがんの診断無し)
- 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)

2. 診断

臨床診断名 * 腫瘍組織・リキッドの検体採取時点	(日本語) * 画像所見や臨床症状・経過など総合的に判断をして、担当医師が治療の対象としている診断名
病理診断名 * 組織: 提出検体に関する病理診断名 * リキッド: 採血時点で存在する腫瘍の病理診断名	(英語) * 細胞診のみ等病理診断がない場合 →「未確定」「～癌疑い」と記載
検査提出時点での 臨床病期	<input type="checkbox"/> Stage1 <input type="checkbox"/> Stage2 <input type="checkbox"/> Stage3 <input type="checkbox"/> Stage4(再発)
初回治療前のステージ分類(UICC) (原則 UICC TNM 分類)	<input type="checkbox"/> 0期 <input type="checkbox"/> Ⅰ期 <input type="checkbox"/> Ⅱ期 <input type="checkbox"/> Ⅲ期 <input type="checkbox"/> Ⅳ期 <input type="checkbox"/> 該当せず <input type="checkbox"/> 不明
ECOG PS	<input type="checkbox"/> PS0 <input type="checkbox"/> PS1 <input type="checkbox"/> PS2 <input type="checkbox"/> PS3 <input type="checkbox"/> PS4 <input type="checkbox"/> 不明
検査提出時点での 転移有無	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり(以下□) <input type="checkbox"/> 不明
転移ありの場合 転移部位 全てに□: 再発が転移の場合、転移あり	<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"/> 咽喉 <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 <input type="checkbox"/> 血液 <input type="checkbox"/> 原発不明 <input type="checkbox"/> その他(該当部位がない場合:)

3. 重複がん:異なる臓器にそれぞれ原発性のがんが存在する状態、または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		
重複がんありの場合	病名		
	発症年齢 歳	活動性 *2 <input type="checkbox"/> 活動性 <input type="checkbox"/> 非活動性 <input type="checkbox"/> 不明	

*2 重複がんの活動性: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。但し、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、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に含まない。

4. 多発がん: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、多発がんであるとする。
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	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> 不明		
多発がんありの場合	発症年齢 歳	活動性 *3 <input type="checkbox"/> 活動性 <input type="checkbox"/> 非活動性 <input type="checkbox"/> 不明	

*3 多発がんの活動性: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'ありとする。但し、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に含まない。

5. 検査結果 * 検査を実施していない場合は、結果:「未検査」を選択

NTRK 1/2/3 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 <input type="checkbox"/> 未検査
NTRK 1/2/3 融合遺伝子検査方法:	<input type="checkbox"/> F1 CDx <input type="checkbox"/> F1 Liquid 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 <input type="checkbox"/> 未検査
マイクロサテライト不安定性検査方法:	<input type="checkbox"/> MSI 検査キット(FALCO) <input type="checkbox"/> F1CDx <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
ミスマッチ修復機能:	<input type="checkbox"/> pMMR(正常) <input type="checkbox"/> dMMR(欠損) <input type="checkbox"/> 判定不能 <input type="checkbox"/> 不明 <input type="checkbox"/> 未検査
ミスマッチ修復機能検査方法:	<input type="checkbox"/> ベンタナ OptiView 2 抗体(MSH6、PMS2) <input type="checkbox"/> ベンタナ OptiView4 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:	<input type="checkbox"/> TMB-High(TMB スコアが 10mut/Mb 以上) <input type="checkbox"/> その他 <input type="checkbox"/> 不明 <input type="checkbox"/> 未検査
腫瘍遺伝子変異量検査方法:	<input type="checkbox"/> F1 CDx <input type="checkbox"/> その他 <input type="checkbox"/> 不明

6. 特定がん種の遺伝子検査結果

以下のがん種のいずれかである <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; display: inline-block;"> 胆道がん 膵臓がん 肝がん 乳がん 前立腺がん 卵巣/卵管がん 皮膚がん 唾液腺がん 甲状腺がん 食道・胃・腸がん 肺がん </div> <input type="checkbox"/> はい →以下の該当項目をチェックし、検査結果を添付して下さい <input type="checkbox"/> いいえ →7.化学療法記載

【胆道がん】 * 検査実施していない場合は、結果:「未検査」を選択

FGFR2 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 <input type="checkbox"/> 未検査
FGFR2 融合遺伝子検査方法:	<input type="checkbox"/> F1 CDx <input type="checkbox"/> その他 <input type="checkbox"/> 不明

【膵臓がん】 * 検査実施していない場合は、結果:「未検査」を選択

gBRCA1:	<input type="checkbox"/> 陰性 <input type="checkbox"/> 陽性 <input type="checkbox"/> 判定不能 <input type="checkbox"/> 不明 <input type="checkbox"/> 未検査
gBRCA1 検査方法:	<input type="checkbox"/> BRACAnalysis 診断システム <input type="checkbox"/> その他 <input type="checkbox"/> 不明
gBRCA2:	<input type="checkbox"/> 陰性 <input type="checkbox"/> 陽性 <input type="checkbox"/> 判定不能 <input type="checkbox"/> 不明 <input type="checkbox"/> 未検査
gBRCA2 検査方法:	<input type="checkbox"/> BRACAnalysis 診断システム <input type="checkbox"/> その他 <input type="checkbox"/> 不明

【肝がん】 * 検査実施していない場合は、結果:「未検査」を選択

HBsAg:	<input type="checkbox"/> 陰性 <input type="checkbox"/> 陽性 <input type="checkbox"/> 判定不能 <input type="checkbox"/> 不明 <input type="checkbox"/> 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 <input type="checkbox"/> 未検査
HBV-DNA(直近の値):	LogIU/mL
HCV 抗体:	<input type="checkbox"/> 低(陰性/-) <input type="checkbox"/> 中(境界/±) <input type="checkbox"/> 高(陽性/+) <input type="checkbox"/> 不明 <input type="checkbox"/> 未検査
HCV-RNA(直近の値):	LogIU/mL

【乳がん】 * 検査実施していない場合は、結果:「未検査」を選択

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 <input type="checkbox"/> 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 <input type="checkbox"/> 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 <input type="checkbox"/> 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 <input type="checkbox"/> 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 <input type="checkbox"/> 未検査
gBRCA1 検査方法:	<input type="checkbox"/> BRACAnalysis 診断システム <input type="checkbox"/> その他 <input type="checkbox"/> 不明
gBRCA2:	<input type="checkbox"/> 陰性 <input type="checkbox"/> 陽性 <input type="checkbox"/> 判定不能 <input type="checkbox"/> 不明 <input type="checkbox"/> 未検査
gBRCA2 検査方法:	<input type="checkbox"/> BRACAnalysis 診断システム <input type="checkbox"/> その他 <input type="checkbox"/> 不明
PD-L1 タンパク:	<input type="checkbox"/> 陰性 <input type="checkbox"/> 陽性 <input type="checkbox"/> 判定不能 <input type="checkbox"/> 不明 <input type="checkbox"/> 未検査
PD-L1 タンパク検査方法:	<input type="checkbox"/> PD-L1 IHC22C3 pharmDx「ダコ」 <input type="checkbox"/> ベンタナ OptiView PD-L1(SP142) <input type="checkbox"/> その他 <input type="checkbox"/> 不明
ERBB2 コピー数異常:	<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 <input type="checkbox"/> 未検査
ERBB2 コピー数異常検査方法:	<input type="checkbox"/> F1 CDx <input type="checkbox"/> その他 <input type="checkbox"/> 不明

【前立腺がん】 * 検査実施していない場合は、結果:「未検査」を選択

gBRCA:	<input type="checkbox"/> 陰性 <input type="checkbox"/> 陽性 <input type="checkbox"/> 判定不能 <input type="checkbox"/> 不明 <input type="checkbox"/> 未検査
gBRCA 検査方法:	<input type="checkbox"/> F1 CDx <input type="checkbox"/> F1 Liquid CDx <input type="checkbox"/> BRACAnalysis 診断システム <input type="checkbox"/> その他 <input type="checkbox"/> 不明
gBRCA2:	<input type="checkbox"/> 陰性 <input type="checkbox"/> 陽性 <input type="checkbox"/> 判定不能 <input type="checkbox"/> 不明 <input type="checkbox"/> 未検査
gBRCA2 検査方法:	<input type="checkbox"/> F1 CDx <input type="checkbox"/> F1 Liquid CDx <input type="checkbox"/> BRACAnalysis 診断システム <input type="checkbox"/> その他 <input type="checkbox"/> 不明

【卵巣/卵管がん】 * 検査実施していない場合は、結果:「未検査」を選択

gBRCA1:	<input type="checkbox"/> 陰性 <input type="checkbox"/> 陽性 <input type="checkbox"/> 判定不能 <input type="checkbox"/> 不明 <input type="checkbox"/> 未検査
gBRCA1 検査方法:	<input type="checkbox"/> F1 CDx <input type="checkbox"/> BRACAnalysis 診断システム <input type="checkbox"/> myChoice 診断システム <input type="checkbox"/> その他 <input type="checkbox"/> 不明
gBRCA2:	<input type="checkbox"/> 陰性 <input type="checkbox"/> 陽性 <input type="checkbox"/> 判定不能 <input type="checkbox"/> 不明 <input type="checkbox"/> 未検査
gBRCA2 検査方法:	<input type="checkbox"/> F1 CDx <input type="checkbox"/> BRACAnalysis 診断システム <input type="checkbox"/> myChoice 診断システム <input type="checkbox"/> その他 <input type="checkbox"/> 不明
相同組換え修復欠損:	<input type="checkbox"/> 陰性 <input type="checkbox"/> 陽性 <input type="checkbox"/> 判定不能 <input type="checkbox"/> 不明 <input type="checkbox"/> 未検査
相同組換え修復欠損検査方法:	<input type="checkbox"/> myChoice 診断システム <input type="checkbox"/> その他 <input type="checkbox"/> 不明

【皮膚がん】 * 検査実施していない場合は、結果:「未検査」を選択

BRAF 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 <input type="checkbox"/> 未検査
BRAF 遺伝子変異検査方法:	<input type="checkbox"/> コバス BRAF V600 変異検出キット <input type="checkbox"/> F1 CDx <input type="checkbox"/> THxID BRAF キット <input type="checkbox"/> MEBGEN BRAF キット <input type="checkbox"/> その他 <input type="checkbox"/> 不明
BRAF 遺伝子変異 Type(陽性のみ):	<input type="checkbox"/> V600E <input type="checkbox"/> V600K <input type="checkbox"/> 判定不能 <input type="checkbox"/> 不明 <input type="checkbox"/> 未検査

【唾液腺がん】 * 検査実施していない場合は、結果:「未検査」を選択

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 <input type="checkbox"/> 未検査
HER2 遺伝子増幅度検査方法:	<input type="checkbox"/> ベンタナ 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"/> 陽性 <input type="checkbox"/> 判定不能 <input type="checkbox"/> 不明 <input type="checkbox"/> 未検査
HER2 タンパク検査方法:	<input type="checkbox"/> ベンタナ ultra View パスウェーHER2(4B5) <input type="checkbox"/> その他 <input type="checkbox"/> 不明

【甲状腺がん】 * 検査実施していない場合は、結果:「未検査」を選択

RET 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 <input type="checkbox"/> 未検査
RET 融合遺伝子検査方法:	<input type="checkbox"/> オンコマイン Dx Target Test マルチ CDx <input type="checkbox"/> その他 <input type="checkbox"/> 不明
RET 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 <input type="checkbox"/> 未検査
RET 遺伝子変異検査方法:	<input type="checkbox"/> オンコマイン Dx Target Test マルチ CDx <input type="checkbox"/> その他 <input type="checkbox"/> 不明

【食道・胃・腸】 * 検査実施していない場合は、結果:「未検査」を選択

KRAS:	<input type="checkbox"/> 陰性 <input type="checkbox"/> 陽性 <input type="checkbox"/> 判定不能 <input type="checkbox"/> 不明 <input type="checkbox"/> 未検査
KRAS Type(陽性のみ):	<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"/> MEBGEN RASKET-B キット <input type="checkbox"/> Onco BEAM RAS CRC キット <input type="checkbox"/> F1 CDx <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 <input type="checkbox"/> 未検査
NRAS Type(陽性のみ):	<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"/> MEBGEN RASKET-B キット <input type="checkbox"/> Onco BEAM RAS CRC キット <input type="checkbox"/> F1 CDx <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 <input type="checkbox"/> 未検査
HER2 タンパク検査方法:	<input type="checkbox"/> ベンタナ ultra View パスウェーHER2(4B5) <input type="checkbox"/> その他 <input type="checkbox"/> 不明 <input type="checkbox"/> 未検査
HER2 境界域(+2)を選択した場合 HER2 遺伝子増幅(ISH 法) 検査方法:	<input type="checkbox"/> パスビジョン HER-2 DNA プローブキット <input type="checkbox"/> その他 <input type="checkbox"/> 不明 <input type="checkbox"/> 未検査
上記/パスビジョン又はその他を選択した場合 HER2 遺伝子増幅(ISH 法):	<input type="checkbox"/> 陰性 <input type="checkbox"/> equivocal <input type="checkbox"/> 陽性 <input type="checkbox"/> 判定不能
EGFR(IHC):	<input type="checkbox"/> 陰性 <input type="checkbox"/> 陽性 <input type="checkbox"/> 判定不能 <input type="checkbox"/> 不明 <input type="checkbox"/> 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 <input type="checkbox"/> 未検査
BRAF(V600)検査方法:	<input type="checkbox"/> MEBGEN RASKET-B キット <input type="checkbox"/> therascreen <input type="checkbox"/> その他 <input type="checkbox"/> 不明

【肺がん】 * 検査実施していない場合は、結果:「未検査」を選択

EGFR:	<input type="checkbox"/> 陰性 <input type="checkbox"/> 陽性 <input type="checkbox"/> 判定不能 <input type="checkbox"/> 不明 <input type="checkbox"/> 未検査
(EGFR陽性のみ)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"/> F1Liquid CDx <input type="checkbox"/> F1CDx <input type="checkbox"/> オンコマイン Dx Target test マルチ CDx <input type="checkbox"/> Amoy Dx 肺がんマルチ PCR パネル <input type="checkbox"/> その他 <input type="checkbox"/> 不明
(EGFR陽性のみ)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 <input type="checkbox"/> 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 <input type="checkbox"/> 未検査
ALK 融合検査方法:	<input type="checkbox"/> IHC <input type="checkbox"/> FISH <input type="checkbox"/> IHC+FISH <input type="checkbox"/> RT-PCR <input type="checkbox"/> RT-PCR+FISH <input type="checkbox"/> F1 CDx <input type="checkbox"/> F1Liquid CDx <input type="checkbox"/> その他 <input type="checkbox"/> 不明 <input type="checkbox"/> オンコマイン Dx Target test マルチ CDx <input type="checkbox"/> AmoyDx 肺がんマルチ PCR パネル
ROS1:	<input type="checkbox"/> 陰性 <input type="checkbox"/> 陽性 <input type="checkbox"/> 判定不能 <input type="checkbox"/> 不明 <input type="checkbox"/> 未検査
ROS1 検査方法:	<input type="checkbox"/> F1 CDx <input type="checkbox"/> F1Liquid CDx <input type="checkbox"/> オンコマイン Dx Target Test マルチ CDx <input type="checkbox"/> 不明 <input type="checkbox"/> AmoyDx 肺がんマルチ遺伝子 PCR パネル <input type="checkbox"/> OncoGuide AmoyDx <input type="checkbox"/> その他
BRAF (V600):	<input type="checkbox"/> 陰性 <input type="checkbox"/> 陽性 <input type="checkbox"/> 判定不能 <input type="checkbox"/> 不明 <input type="checkbox"/> 未検査
BRAF (V600)検査方法:	<input type="checkbox"/> オンコマイン Dx Target Test マルチ CDx <input type="checkbox"/> 不明 <input type="checkbox"/> AmoyDx 肺がんマルチ遺伝子 PCR パネル <input type="checkbox"/> その他
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 <input type="checkbox"/> 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"/> SP142 <input type="checkbox"/> SP263(術後補助療法) <input type="checkbox"/> その他 <input type="checkbox"/> 不明
PD-L1 陽性の場合陽性率 (入力記載例 60-80):	%
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 <input type="checkbox"/> 未検査
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"/> 不明 <input type="checkbox"/> AmoyDx 肺がんマルチ遺伝子 PCR パネル <input type="checkbox"/> その他
KRAS 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 <input type="checkbox"/> 未検査
KRAS 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
RET 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 <input type="checkbox"/> 未検査
RET 融合遺伝子検査方法:	<input type="checkbox"/> オンコマイン Dx Target Test マルチ CDx <input type="checkbox"/> その他 <input type="checkbox"/> 不明
アスベスト曝露歴:	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> 不明

7. 化学療法

術前補助化学療法も含め、実施した全てのレジメンについて、次ページから記載して下さい。

《ページが足りない場合は最後のページをコピーしてご使用ください》

(参考:C-CAT 入力の手引きより抜粋)

★治療ラインの定義 (以下に治療ラインの範囲の考え方を示すが、担当医の判断に従う。)

1. 診療録にがん治療計画が記載されている場合、記載されている薬物治療の完了まで。

例) 診療録にドセタキセル 3 週 1 回の投与を 4 回(4 サイクル)と記載がある場合、4 回目の投与が完了した日まで。

2. 診療録に記載がない場合、施設における標準的ながん治療計画が存在する場合(標準ガイドラインに従っていることが明確な場合を含む)、その治療計画の完了まで。

例) 標準ガイドラインにパクリタキセル+カルボプラチン:TC 療法(2 剤併用療法)を 3 週 1 回の投与を 6 回(6 サイクル)が標準治療となっている場合、6 回目の投与が完了した日まで。

3. 上記 1、2 以外の場合、がんの進展、期待した治療効果が得られなかったと判断された、あるいは治療効果がなく別の治療を開始した時点まで。がんの進展や治療効果の有無等の記載がなく、検討している治療の最終投与日から 4 ヶ月以上経過して開始された治療は、治療範囲には含めない。

例) アドリアマイシン+シクロホスファミド:AC 療法(2 剤併用療法)3 週 1 回の 4 回(4 サイクル)の治療をする際、2 回目投与後(治療中)に増悪し、パクリタキセルを投与した場合、AC 療法の 2 回目の投与が完了した日まで。

★治療ライン数の考え方(担当医の判断に従う)

・補助化学療法や根治治療目的で実施した化学療法は化学療法ライン数に含める。

・原則として補助化学療法(根治治療目的で手術が実施された前後に化学療法やホルモン療法など薬物療法が実施された場合)は 1 次治療とし、再発後に行われる治療を 2 次治療以降とする。また、補助化学療法後のホルモン療法や維持療法等についても再発がない限り 1 次治療とする。

・がん種によって整理できない場合は、担当医の判断に従う。

★有害事象の定義

・薬物治療の開始(治療ライン毎の初回の投与開始)後、患者に生じた非血液毒性のうち、薬物療法の投与スケジュールや減量・中止など臨床経過に対して影響を及ぼした重篤な有害事象(目安として Grade3 以上)を有害事象とし、以下のように取扱うこととする(薬物治療と因果関係のない事象は含めない)。

・副作用等で薬物療法中止に至った有害事象については、非血液毒性・血液毒性に関わらず Grade2 以下も有害事象とする。

1. 次の治療ライン(初回投与開始後)に発現した有害事象については、基本的には次の治療ラインの有害事象と考えるが、前の治療ラインの有害事象と担当医が判断する場合は、前の治療ラインの有害事象とする。

2. 有害事象の経過については、Grade3 以上の有害事象を発現(知覚)した日から回復・改善(Grade3 未満)までとするが、Grade3 未満となった有害事象がその経過中に再び Grade3 以上となった場合、担当医が一連の有害事象であると判断した場合は、別の事象とはせず、Grade3 未満まで経過を確認することとする。

治療ライン	1 次治療 <input type="checkbox"/> 実施なし
治療方針	<input type="checkbox"/> 保険診療 <input type="checkbox"/> 先進医療 <input type="checkbox"/> 患者申出療養 <input type="checkbox"/> その他 <input type="checkbox"/> 企業治験(下記も記載) <input type="checkbox"/> 医師主導治験(下記も記載) →(治験の場合) <input type="checkbox"/> 治験薬のみ投与 <input type="checkbox"/> 既承認薬併用あり <input type="checkbox"/> 不明 (治験名: _____) <治験情報は、記載可能な範囲で>
実施目的	<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
実施施設	<input type="checkbox"/> 自施設 <input type="checkbox"/> 他施設(_____)
レジメン名	
薬剤名 <div>使用薬剤全て記載</div>	① _____ ② _____ ③ _____ ④ _____ ⑤ _____
レジメン内容 変更情報	(複数選択可) <input type="checkbox"/> 減量開始 <input type="checkbox"/> レジメン途中で投与量変更あり <input type="checkbox"/> レジメン途中で休薬あり <input type="checkbox"/> その他(_____)
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(評価できない、不明の場合)
投与開始日	_____ 年 月 日
投与終了日	<input type="checkbox"/> 継続中 (→Cへ) または、 <input type="checkbox"/> 投与終了日 _____ 年 月 日(→Aへ)
A 終了理由 (終了の場合)	<input type="checkbox"/> 計画通り終了 (→Cへ) <input type="checkbox"/> 無効中止 【増悪確認日: _____ 年 月 日 】 (→Cへ) <input type="checkbox"/> 副作用等で中止 (→B 記載後、Cへ) <input type="checkbox"/> 本人の希望により中止 (→Cへ) <input type="checkbox"/> 死亡中止 (→該当あれば、B・C 記載) <input type="checkbox"/> その他 【 _____ 】 (→Cへ)
B 中止に至った有害事象	中止の原因になった有害事象 (CTCAEv5.0) 事象名: 【 _____ 】 発現日: _____ 年 月 日 最悪 Grade: <input type="checkbox"/> G1 <input type="checkbox"/> G2 <input type="checkbox"/> G3 <input type="checkbox"/> G4 <input type="checkbox"/> G5 <input type="checkbox"/> 不明
C <u>非</u> 血液毒性 有害事象 (Grade3 以上) <small>血液毒性は必須ではない</small>	非血液毒性で CTCAE Grade3 以上、上記 B 以外の有害事象を以下記載 有害事象① (CTCAEv5.0) 事象名: 【 _____ 】 発現日: _____ 年 月 日 最悪 Grade: <input type="checkbox"/> Grade3 <input type="checkbox"/> Grade4 <input type="checkbox"/> Grade5 <input type="checkbox"/> 不明
<input type="checkbox"/> あり→記載	有害事象② (CTCAEv5.0) 事象名: 【 _____ 】 発現日: _____ 年 月 日 最悪 Grade: <input type="checkbox"/> Grade3 <input type="checkbox"/> Grade4 <input type="checkbox"/> Grade5 <input type="checkbox"/> 不明
<input type="checkbox"/> なし	有害事象③ (CTCAEv5.0) 事象名: 【 _____ 】 発現日: _____ 年 月 日 最悪 Grade: <input type="checkbox"/> Grade3 <input type="checkbox"/> Grade4 <input type="checkbox"/> Grade5 <input type="checkbox"/> 不明
	有害事象④ (CTCAEv5.0) 事象名: 【 _____ 】 発現日: _____ 年 月 日 最悪 Grade: <input type="checkbox"/> Grade3 <input type="checkbox"/> Grade4 <input type="checkbox"/> Grade5 <input type="checkbox"/> 不明
	有害事象⑤ (CTCAEv5.0) 事象名: 【 _____ 】 発現日: _____ 年 月 日 最悪 Grade: <input type="checkbox"/> Grade3 <input type="checkbox"/> Grade4 <input type="checkbox"/> Grade5 <input type="checkbox"/> 不明

治療ライン	2 次治療 <input type="checkbox"/> 実施なし
治療方針	<input type="checkbox"/> 保険診療 <input type="checkbox"/> 先進医療 <input type="checkbox"/> 患者申出療養 <input type="checkbox"/> その他 <input type="checkbox"/> 企業治験(下記も記載) <input type="checkbox"/> 医師主導治験(下記も記載) →(治験の場合) <input type="checkbox"/> 治験薬のみ投与 <input type="checkbox"/> 既承認薬併用あり <input type="checkbox"/> 不明 (治験名: _____) <治験情報は、記載可能な範囲で>
実施目的	<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
実施施設	<input type="checkbox"/> 自施設 <input type="checkbox"/> 他施設(_____)
レジメン名	
薬剤名 <small>使用薬剤全て記載</small>	① _____ ② _____ ③ _____ ④ _____ ⑤ _____
レジメン内容 変更情報	(複数選択可) <input type="checkbox"/> 減量開始 <input type="checkbox"/> レジメン途中で投与量変更あり <input type="checkbox"/> レジメン途中で休薬あり <input type="checkbox"/> その他(_____)
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(評価できない、不明の場合)
投与開始日	年 月 日
投与終了日	<input type="checkbox"/> 継続中 (→Cへ) または、 <input type="checkbox"/> 投与終了日 年 月 日(→Aへ)
A 終了理由 (終了の場合)	<input type="checkbox"/> 計画通り終了 (→Cへ) <input type="checkbox"/> 無効中止【増悪確認日: 年 月 日】 (→Cへ) <input type="checkbox"/> 副作用等で中止 (→B 記載後、Cへ) <input type="checkbox"/> 本人の希望により中止 (→Cへ) <input type="checkbox"/> 死亡中止 (→該当あれば、B・C 記載) <input type="checkbox"/> その他【 _____ 】 (→Cへ)
B 中止に至つ た有害事象	中止の原因になった有害事象 (CTCAEv5.0)事象名:【 _____ 】 発現日: 年 月 日 最悪 Grade: <input type="checkbox"/> G1 <input type="checkbox"/> G2 <input type="checkbox"/> G3 <input type="checkbox"/> G4 <input type="checkbox"/> G5 <input type="checkbox"/> 不明
C <u>非</u> 血液毒性 有害事象 (Grade3 以上) <small>血液毒性は必須では ない</small>	非血液毒性で CTCAE Grade3 以上、上記 B 以外の有害事象を以下記載 有害事象① (CTCAEv5.0)事象名: 【 _____ 】 発現日: 年 月 日 最悪 Grade: <input type="checkbox"/> Grade3 <input type="checkbox"/> Grade4 <input type="checkbox"/> Grade5 <input type="checkbox"/> 不明
<input type="checkbox"/> あり→記載	有害事象② (CTCAEv5.0)事象名: 【 _____ 】 発現日: 年 月 日 最悪 Grade: <input type="checkbox"/> Grade3 <input type="checkbox"/> Grade4 <input type="checkbox"/> Grade5 <input type="checkbox"/> 不明
<input type="checkbox"/> なし	有害事象③ (CTCAEv5.0)事象名: 【 _____ 】 発現日: 年 月 日 最悪 Grade: <input type="checkbox"/> Grade3 <input type="checkbox"/> Grade4 <input type="checkbox"/> Grade5 <input type="checkbox"/> 不明
	有害事象④ (CTCAEv5.0)事象名: 【 _____ 】 発現日: 年 月 日 最悪 Grade: <input type="checkbox"/> Grade3 <input type="checkbox"/> Grade4 <input type="checkbox"/> Grade5 <input type="checkbox"/> 不明
	有害事象⑤ (CTCAEv5.0)事象名: 【 _____ 】 発現日: 年 月 日 最悪 Grade: <input type="checkbox"/> Grade3 <input type="checkbox"/> Grade4 <input type="checkbox"/> Grade5 <input type="checkbox"/> 不明

治療ライン	3 次治療 <input type="checkbox"/> 実施なし
治療方針	<input type="checkbox"/> 保険診療 <input type="checkbox"/> 先進医療 <input type="checkbox"/> 患者申出療養 <input type="checkbox"/> その他 <input type="checkbox"/> 企業治験(下記も記載) <input type="checkbox"/> 医師主導治験(下記も記載) →(治験の場合) <input type="checkbox"/> 治験薬のみ投与 <input type="checkbox"/> 既承認薬併用あり <input type="checkbox"/> 不明 (治験名: _____) <治験情報は、記載可能な範囲で>
実施目的	<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
実施施設	<input type="checkbox"/> 自施設 <input type="checkbox"/> 他施設(_____)
レジメン名	
薬剤名 <small>使用薬剤全て記載</small>	① _____ ② _____ ③ _____ ④ _____ ⑤ _____
レジメン内容 変更情報	(複数選択可) <input type="checkbox"/> 減量開始 <input type="checkbox"/> レジメン途中で投与量変更あり <input type="checkbox"/> レジメン途中で休薬あり <input type="checkbox"/> その他(_____)
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(評価できない、不明の場合)
投与開始日	年 月 日
投与終了日	<input type="checkbox"/> 継続中 (→Cへ) または、 <input type="checkbox"/> 投与終了日 年 月 日(→Aへ)
A 終了理由 (終了の場合)	<input type="checkbox"/> 計画通り終了 (→Cへ) <input type="checkbox"/> 無効中止 【増悪確認日: 年 月 日 】 (→Cへ) <input type="checkbox"/> 副作用等で中止 (→B 記載後、Cへ) <input type="checkbox"/> 本人の希望により中止 (→Cへ) <input type="checkbox"/> 死亡中止 (→該当あれば、B・C 記載) <input type="checkbox"/> その他 【 _____ 】 (→Cへ)
B 中止に至った有害事象	中止の原因になった有害事象 (CTCAEv5.0)事象名: 【 _____ 】 発現日: 年 月 日 最悪 Grade: <input type="checkbox"/> G1 <input type="checkbox"/> G2 <input type="checkbox"/> G3 <input type="checkbox"/> G4 <input type="checkbox"/> G5 <input type="checkbox"/> 不明
C <u>非</u> 血液毒性 有害事象 (Grade3 以上) <small>血液毒性は必須ではない</small>	非血液毒性で CTCAE Grade3 以上、上記 B 以外の有害事象を以下記載 有害事象① (CTCAEv5.0)事象名: 【 _____ 】 発現日: 年 月 日 最悪 Grade: <input type="checkbox"/> Grade3 <input type="checkbox"/> Grade4 <input type="checkbox"/> Grade5 <input type="checkbox"/> 不明
<input type="checkbox"/> あり→記載	有害事象② (CTCAEv5.0)事象名: 【 _____ 】 発現日: 年 月 日 最悪 Grade: <input type="checkbox"/> Grade3 <input type="checkbox"/> Grade4 <input type="checkbox"/> Grade5 <input type="checkbox"/> 不明
<input type="checkbox"/> なし	有害事象③ (CTCAEv5.0)事象名: 【 _____ 】 発現日: 年 月 日 最悪 Grade: <input type="checkbox"/> Grade3 <input type="checkbox"/> Grade4 <input type="checkbox"/> Grade5 <input type="checkbox"/> 不明
	有害事象④ (CTCAEv5.0)事象名: 【 _____ 】 発現日: 年 月 日 最悪 Grade: <input type="checkbox"/> Grade3 <input type="checkbox"/> Grade4 <input type="checkbox"/> Grade5 <input type="checkbox"/> 不明
	有害事象⑤ (CTCAEv5.0)事象名: 【 _____ 】 発現日: 年 月 日 最悪 Grade: <input type="checkbox"/> Grade3 <input type="checkbox"/> Grade4 <input type="checkbox"/> Grade5 <input type="checkbox"/> 不明

治療ライン	4 次治療 <input type="checkbox"/> 実施なし
治療方針	<input type="checkbox"/> 保険診療 <input type="checkbox"/> 先進医療 <input type="checkbox"/> 患者申出療養 <input type="checkbox"/> その他 <input type="checkbox"/> 企業治験(下記も記載) <input type="checkbox"/> 医師主導治験(下記も記載) →(治験の場合) <input type="checkbox"/> 治験薬のみ投与 <input type="checkbox"/> 既承認薬併用あり <input type="checkbox"/> 不明 (治験名: _____) <治験情報は、記載可能な範囲で>
実施目的	<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
実施施設	<input type="checkbox"/> 自施設 <input type="checkbox"/> 他施設(_____)
レジメン名	
薬剤名 <small>使用薬剤全て記載</small>	① _____ ② _____ ③ _____ ④ _____ ⑤ _____
レジメン内容 変更情報	(複数選択可) <input type="checkbox"/> 減量開始 <input type="checkbox"/> レジメン途中で投与量変更あり <input type="checkbox"/> レジメン途中で休薬あり <input type="checkbox"/> その他(_____)
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(評価できない、不明の場合)
投与開始日	_____ 年 月 日
投与終了日	<input type="checkbox"/> 継続中 (→Cへ) または、 <input type="checkbox"/> 投与終了日 _____ 年 月 日(→Aへ)
A 終了理由 (終了の場合)	<input type="checkbox"/> 計画通り終了 (→Cへ) <input type="checkbox"/> 無効中止【増悪確認日: _____ 年 月 日】 (→Cへ) <input type="checkbox"/> 副作用等で中止 (→B 記載後、Cへ) <input type="checkbox"/> 本人の希望により中止 (→Cへ) <input type="checkbox"/> 死亡中止 (→該当あれば、B・C 記載) <input type="checkbox"/> その他【 _____ 】 (→Cへ)
B 中止に至った有害事象	中止の原因になった有害事象 (CTCAEv5.0) 事象名:【 _____ 】 発現日: _____ 年 月 日 最悪 Grade: <input type="checkbox"/> G1 <input type="checkbox"/> G2 <input type="checkbox"/> G3 <input type="checkbox"/> G4 <input type="checkbox"/> G5 <input type="checkbox"/> 不明
C <u>非</u> 血液毒性 有害事象 (Grade3 以上) <small>血液毒性は必須ではない</small>	非血液毒性で CTCAE Grade3 以上、上記 B 以外の有害事象を以下記載 有害事象① (CTCAEv5.0) 事象名: 【 _____ 】 発現日: _____ 年 月 日 最悪 Grade: <input type="checkbox"/> Grade3 <input type="checkbox"/> Grade4 <input type="checkbox"/> Grade5 <input type="checkbox"/> 不明
<input type="checkbox"/> あり→記載	有害事象② (CTCAEv5.0) 事象名: 【 _____ 】 発現日: _____ 年 月 日 最悪 Grade: <input type="checkbox"/> Grade3 <input type="checkbox"/> Grade4 <input type="checkbox"/> Grade5 <input type="checkbox"/> 不明
<input type="checkbox"/> なし	有害事象③ (CTCAEv5.0) 事象名: 【 _____ 】 発現日: _____ 年 月 日 最悪 Grade: <input type="checkbox"/> Grade3 <input type="checkbox"/> Grade4 <input type="checkbox"/> Grade5 <input type="checkbox"/> 不明
	有害事象④ (CTCAEv5.0) 事象名: 【 _____ 】 発現日: _____ 年 月 日 最悪 Grade: <input type="checkbox"/> Grade3 <input type="checkbox"/> Grade4 <input type="checkbox"/> Grade5 <input type="checkbox"/> 不明
	有害事象⑤ (CTCAEv5.0) 事象名: 【 _____ 】 発現日: _____ 年 月 日 最悪 Grade: <input type="checkbox"/> Grade3 <input type="checkbox"/> Grade4 <input type="checkbox"/> Grade5 <input type="checkbox"/> 不明

治療ライン	5 次治療 <input type="checkbox"/> 実施なし
治療方針	<input type="checkbox"/> 保険診療 <input type="checkbox"/> 先進医療 <input type="checkbox"/> 患者申出療養 <input type="checkbox"/> その他 <input type="checkbox"/> 企業治験(下記も記載) <input type="checkbox"/> 医師主導治験(下記も記載) →(治験の場合) <input type="checkbox"/> 治験薬のみ投与 <input type="checkbox"/> 既承認薬併用あり <input type="checkbox"/> 不明 (治験名: _____) <治験情報は、記載可能な範囲で>
実施目的	<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
実施施設	<input type="checkbox"/> 自施設 <input type="checkbox"/> 他施設(_____)
レジメン名	
薬剤名 <small>使用薬剤全て記載</small>	① _____ ② _____ ③ _____ ④ _____ ⑤ _____
レジメン内容 変更情報	(複数選択可) <input type="checkbox"/> 減量開始 <input type="checkbox"/> レジメン途中で投与量変更あり <input type="checkbox"/> レジメン途中で休薬あり <input type="checkbox"/> その他(_____)
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(評価できない、不明の場合)
投与開始日	_____ 年 月 日
投与終了日	<input type="checkbox"/> 継続中 (→Cへ) または、 <input type="checkbox"/> 投与終了日 _____ 年 月 日(→Aへ)
A 終了理由 (終了の場合)	<input type="checkbox"/> 計画通り終了 (→Cへ) <input type="checkbox"/> 無効中止【増悪確認日: _____ 年 月 日】 (→Cへ) <input type="checkbox"/> 副作用等で中止 (→B 記載後、Cへ) <input type="checkbox"/> 本人の希望により中止 (→Cへ) <input type="checkbox"/> 死亡中止 (→該当あれば、B・C 記載) <input type="checkbox"/> その他【 _____ 】 (→Cへ)
B 中止に至った有害事象	中止の原因になった有害事象 (CTCAEv5.0) 事象名:【 _____ 】 発現日: _____ 年 月 日 最悪 Grade: <input type="checkbox"/> G1 <input type="checkbox"/> G2 <input type="checkbox"/> G3 <input type="checkbox"/> G4 <input type="checkbox"/> G5 <input type="checkbox"/> 不明
C <u>非</u> 血液毒性 有害事象 (Grade3 以上) <small>血液毒性は必須ではない</small>	非血液毒性で CTCAE Grade3 以上、上記 B 以外の有害事象を以下記載 有害事象① (CTCAEv5.0) 事象名: 【 _____ 】 発現日: _____ 年 月 日 最悪 Grade: <input type="checkbox"/> Grade3 <input type="checkbox"/> Grade4 <input type="checkbox"/> Grade5 <input type="checkbox"/> 不明
<input type="checkbox"/> あり→記載 <input type="checkbox"/> なし	有害事象② (CTCAEv5.0) 事象名: 【 _____ 】 発現日: _____ 年 月 日 最悪 Grade: <input type="checkbox"/> Grade3 <input type="checkbox"/> Grade4 <input type="checkbox"/> Grade5 <input type="checkbox"/> 不明
	有害事象③ (CTCAEv5.0) 事象名: 【 _____ 】 発現日: _____ 年 月 日 最悪 Grade: <input type="checkbox"/> Grade3 <input type="checkbox"/> Grade4 <input type="checkbox"/> Grade5 <input type="checkbox"/> 不明
	有害事象④ (CTCAEv5.0) 事象名: 【 _____ 】 発現日: _____ 年 月 日 最悪 Grade: <input type="checkbox"/> Grade3 <input type="checkbox"/> Grade4 <input type="checkbox"/> Grade5 <input type="checkbox"/> 不明
	有害事象⑤ (CTCAEv5.0) 事象名: 【 _____ 】 発現日: _____ 年 月 日 最悪 Grade: <input type="checkbox"/> Grade3 <input type="checkbox"/> Grade4 <input type="checkbox"/> Grade5 <input type="checkbox"/> 不明
	有害事象⑥ (CTCAEv5.0) 事象名: 【 _____ 】 発現日: _____ 年 月 日 最悪 Grade: <input type="checkbox"/> Grade3 <input type="checkbox"/> Grade4 <input type="checkbox"/> Grade5 <input type="checkbox"/> 不明

治療ライン	__ 次治療 □実施なし
治療方針	□保険診療 □先進医療 □患者申出療養 □その他 □企業治験(下記も記載) □医師主導治験(下記も記載) →(治験の場合) □治験薬のみ投与 □既承認薬併用あり □不明 (治験名: _____) <治験情報は、記載可能な範囲で>
実施目的	□術前補助療法 □術後補助療法 □根治 □緩和 □その他
実施施設	□自施設 □他施設(_____)
レジメン名	
薬剤名 <div>使用薬剤全て記載</div>	① ② ③ ④ ⑤
レジメン内容 変更情報	(複数選択可) □減量開始 □レジメン途中で投与量変更あり □レジメン途中で休薬あり □その他(_____)
最良総合効果	□CR □PR □SD □PD □NE(評価できない、不明の場合)
投与開始日	_____ 年 _____ 月 _____ 日
投与終了日	□継続中 (→Cへ) または、 □ 投与終了日 _____ 年 _____ 月 _____ 日(→Aへ)
A 終了理由 (終了の場合)	□計画通り終了 (→Cへ) □無効中止【増悪確認日: _____ 年 _____ 月 _____ 日】 (→Cへ) □副作用等で中止 (→B 記載後、Cへ) □本人の希望により中止 (→Cへ) □死亡中止 (→該当あれば、B・C 記載) □その他【 _____ 】 (→Cへ)
B 中止に至った有害事象	中止の原因になった有害事象 (CTCAEv5.0) 事象名:【 _____ 】 発現日: _____ 年 _____ 月 _____ 日 最悪 Grade: □G1 □G2 □G3 □G4 □G5 □不明
C <u>非</u> 血液毒性 有害事象 (Grade3 以上) <div>血液毒性は必須ではない</div> □あり→記載 □なし	非血液毒性で CTCAE Grade3 以上、上記 B 以外の有害事象を以下記載 有害事象① (CTCAEv5.0) 事象名: 【 _____ 】 発現日: _____ 年 _____ 月 _____ 日 最悪 Grade: □Grade3 □Grade4 □Grade5 □不明 有害事象② (CTCAEv5.0) 事象名: 【 _____ 】 発現日: _____ 年 _____ 月 _____ 日 最悪 Grade: □Grade3 □Grade4 □Grade5 □不明 有害事象③ (CTCAEv5.0) 事象名: 【 _____ 】 発現日: _____ 年 _____ 月 _____ 日 最悪 Grade: □Grade3 □Grade4 □Grade5 □不明 有害事象④ (CTCAEv5.0) 事象名: 【 _____ 】 発現日: _____ 年 _____ 月 _____ 日 最悪 Grade: □Grade3 □Grade4 □Grade5 □不明 有害事象⑤ (CTCAEv5.0) 事象名: 【 _____ 】 発現日: _____ 年 _____ 月 _____ 日 最悪 Grade: □Grade3 □Grade4 □Grade5 □不明