

がん遺伝子パネル検査 患者情報入力シート

<造血器腫瘍>

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

造血器腫瘍	<input type="checkbox"/> リンパ系腫瘍#1158	<input type="checkbox"/> ホジキンリンパ腫#1282	<input type="checkbox"/> 古典的ホジキンリンパ腫#1284
	<input type="checkbox"/> 結節硬化型古典的ホジキンリンパ腫#1285	<input type="checkbox"/> 免疫不全関連リンパ増殖異常症#1289	
	<input type="checkbox"/> リンパ球減少型古典的ホジキンリンパ腫#1288	<input type="checkbox"/> HIV 感染に伴うリンパ腫#1291	
	<input type="checkbox"/> リンパ球豊富型古典的ホジキンリンパ腫#1286	<input type="checkbox"/> 華飾性濾胞過形成#1296	
	<input type="checkbox"/> 混合細胞型古典的ホジキンリンパ腫#1287	<input type="checkbox"/> 古典的ホジキンリンパ腫 PTLD#1301	
	<input type="checkbox"/> 結節性リンパ球優位型ホジキンリンパ腫#1283	<input type="checkbox"/> 移植後リンパ増殖異常症#1292	
	<input type="checkbox"/> 原発性免疫異常症に伴うリンパ増殖異常症#1290	<input type="checkbox"/> バーキットリンパ腫#1239	
	<input type="checkbox"/> その他の医原性免疫不全関連リンパ増殖異常症#1302	<input type="checkbox"/> 伝染性単核球症 PTLD#1295	
	<input type="checkbox"/> 単形性 PTLD#1298	<input type="checkbox"/> 単形性 PTLD (B 細胞型)#1299	<input type="checkbox"/> 非破壊性 PTLD#1293
	<input type="checkbox"/> 単形性 PTLD (T/NK 細胞型)#1300	<input type="checkbox"/> 多形性 PTLD#1297	<input type="checkbox"/> 成熟 B 細胞腫瘍#1174
	<input type="checkbox"/> 形質細胞性過形成 PTLD#1294	<input type="checkbox"/> ALK 陽性大細胞型 B 細胞リンパ腫#1232	

<p> <input type="checkbox"/>B 細胞前リンパ球性白血病#1177 <input type="checkbox"/>11q 異常を伴うバーキット様リンパ腫#1240 <input type="checkbox"/>活性化 B 細胞亜型#1221 <input type="checkbox"/>慢性リンパ性白血病/小リンパ球性リンパ腫#1175 <input type="checkbox"/>びまん性大細胞型 B 細胞リンパ腫と古典的ホジキンリンパ腫の中間的特徴を伴う B 細胞リンパ腫、分類不能型#1244 <input type="checkbox"/>びまん性大細胞型 B 細胞リンパ腫、非特定型#1219 <input type="checkbox"/>胚中心 B 細胞亜型#1220 <input type="checkbox"/>慢性炎症関連びまん性大細胞型 B 細胞リンパ腫#1227 <input type="checkbox"/>単クローン性 B 細胞リンパ球増加症#1176 <input type="checkbox"/>胚中心限局型濾胞性腫瘍症#1211 <input type="checkbox"/>精巣濾胞性リンパ腫#1210 <input type="checkbox"/>フィブリン関連びまん性大細胞型 B 細胞リンパ腫#1228 <input type="checkbox"/>濾胞性リンパ腫#1209 <input type="checkbox"/>EBV 陽性びまん性大細胞型 B 細胞リンパ腫、非特定型#1225 <input type="checkbox"/>十二指腸濾胞性リンパ腫#1212 <input type="checkbox"/>有毛細胞白血病#1179 <input type="checkbox"/>形質細胞腫瘍#1190 <input type="checkbox"/>重鎖病#1186 <input type="checkbox"/>α 重鎖病#1189 <input type="checkbox"/>γ 重鎖病#1188 <input type="checkbox"/>μ 重鎖病#1187 <input type="checkbox"/>EBV 陽性粘膜皮膚潰瘍#1226 <input type="checkbox"/>多中心性キャスルマン病#1236 <input type="checkbox"/>粘膜関連リンパ組織節外性辺縁帯リンパ腫 (MALT リンパ腫)#1206 <input type="checkbox"/>HHV8 関連リンパ増殖異常症#1235 <input type="checkbox"/>HHV8 陽性胚中心向性リンパ増殖異常症#1238 <input type="checkbox"/>HHV8 陽性びまん性大細胞型 B 細胞リンパ腫、非特定型#1237 <input type="checkbox"/>高悪性度 B 細胞リンパ腫#1241 <input type="checkbox"/>高悪性度 B 細胞リンパ腫、非特定型#1243 <input type="checkbox"/>MYC および BCL2 と BCL6 の両方か一方の再構成を伴う高悪性度 B 細胞リンパ腫#1242 <input type="checkbox"/>血管内大細胞型 B 細胞リンパ腫#1231 <input type="checkbox"/>リンパ形質細胞性リンパ腫#1183 <input type="checkbox"/>IgM 型意義不明の単クローン性ガンマグロブリン血症#1185 <input type="checkbox"/>非分泌性骨髄腫#1195 <input type="checkbox"/>IRF4 再構成を伴う大細胞型 B 細胞リンパ腫#1214 <input type="checkbox"/>リンパ腫様肉芽腫症#1229 <input type="checkbox"/>ワルデンシュトレームマクログロブリン血症#1184 <input type="checkbox"/>小児型濾胞性リンパ腫#1213 <input type="checkbox"/>マントル細胞リンパ腫#1216 <input type="checkbox"/>マントル帯限局型マントル細胞腫瘍症#1218 <input type="checkbox"/>白血病性非節性マントル細胞リンパ腫#1217 <input type="checkbox"/>小児節性辺縁帯リンパ腫#1208 <input type="checkbox"/>節性辺縁帯リンパ腫#1207 <input type="checkbox"/>単クローン性免疫グロブリン沈着病#1200 <input type="checkbox"/>軽鎖および重鎖沈着病#1202 <input type="checkbox"/>原発性アミロイドーシス#1201 <input type="checkbox"/>形質細胞骨髄腫#1192 <input type="checkbox"/>形質細胞白血病#1196 <input type="checkbox"/>形質細胞骨髄腫バリエーション#1193 <input type="checkbox"/>非 IgM 型意義不明の単クローン性ガンマグロブリン血症#1191 <input type="checkbox"/>POEMS 症候群#1204 <input type="checkbox"/>くすぶり型 (無症候性) 形質細胞骨髄腫#1194 <input type="checkbox"/>孤在性骨形質細胞腫#1198 <input type="checkbox"/>腫瘍随伴症候群を伴う形質細胞腫瘍#1203 <input type="checkbox"/>形質細胞腫#1197 <input type="checkbox"/>TEMPI 症候群#1205 <input type="checkbox"/>骨外性形質細胞腫#1199 <input type="checkbox"/>脾辺縁帯リンパ腫#1178 <input type="checkbox"/>原発性皮膚濾胞中心リンパ腫#1215 <input type="checkbox"/>形質芽球性リンパ腫#1233 <input type="checkbox"/>原発性皮膚びまん性大細胞型 B 細胞リンパ腫、下肢型#1224 <input type="checkbox"/>骨髄系腫瘍#1057 <input type="checkbox"/>原発性中枢神経系びまん性大細胞型 B 細胞リンパ腫#1223 <input type="checkbox"/>菌状息肉症#1264 <input type="checkbox"/>原発性体腔液リンパ腫#1234 <input type="checkbox"/>脾 B 細胞リンパ腫/白血病、分類不能型#1180 <input type="checkbox"/>原発性縦隔 (胸腺) 大細胞型 B 細胞リンパ腫#1230 <input type="checkbox"/>有毛細胞白血病バリエーション#1182 <input type="checkbox"/>脾びまん性赤脾髄小型 B 細胞リンパ腫#1181 <input type="checkbox"/>成人 T 細胞白血病/リンパ腫#1255 <input type="checkbox"/>T 細胞/組織球豊富型大細胞型 B 細胞リンパ腫#1222 <input type="checkbox"/>成熟 T および NK 細胞腫瘍#1245 <input type="checkbox"/>急速進行性 NK 細胞白血病#1249 <input type="checkbox"/>未分化大細胞リンパ腫、ALK 陰性型#1280 <input type="checkbox"/>未分化大細胞リンパ腫、ALK 陽性型#1279 <input type="checkbox"/>血管免疫芽球性 T 細胞リンパ腫#1276 <input type="checkbox"/>血管免疫芽球性 T 細胞リンパ腫および他の T 濾胞ヘルパー細胞起源節性リンパ腫#1275 </p>

<input type="checkbox"/> 濾胞性 T 細胞リンパ腫#1277 <input type="checkbox"/> 慢性 NK 細胞リンパ増殖異常症#1248 <input type="checkbox"/> T 濾胞ヘルパー細胞形質を伴う節性末梢性 T 細胞リンパ腫#1278 <input type="checkbox"/> 乳房インプラント関連未分化大細胞リンパ腫#1281 <input type="checkbox"/> 重症蚊刺アレルギー#1254 <input type="checkbox"/> 小児 EBV 陽性 T 細胞および NK 細胞リンパ増殖性疾患#1250 <input type="checkbox"/> リンパ腫様丘疹症#1267 <input type="checkbox"/> T および NK 細胞型慢性活動性 EBV 感染、全身型#1252 <input type="checkbox"/> セザリー症候群#1265 <input type="checkbox"/> 種痘様水疱症様リンパ増殖異常症#1253 <input type="checkbox"/> 小児全身性 EBV 陽性 T 細胞リンパ腫#1251 <input type="checkbox"/> 節外性 NK/T 細胞リンパ腫、鼻型#1256 <input type="checkbox"/> 肝脾 T 細胞リンパ腫#1262 <input type="checkbox"/> 腸 T 細胞リンパ腫#1257 <input type="checkbox"/> 緩徐進行性胃腸管 T 細胞リンパ増殖異常症#1261 <input type="checkbox"/> 腸症関連 T 細胞リンパ腫#1258 <input type="checkbox"/> 腸 T 細胞リンパ腫、非特定型#1260 <input type="checkbox"/> 単形性上皮向性腸 T 細胞リンパ腫#1259 <input type="checkbox"/> 末梢性 T 細胞リンパ腫、非特定型#1274 <input type="checkbox"/> 原発性皮膚 CD30 陽性 T 細胞リンパ増殖異常症#1266 <input type="checkbox"/> 原発性皮膚未分化大細胞リンパ腫#1268 <input type="checkbox"/> 原発性皮膚 γ δ T 細胞リンパ腫#1270 <input type="checkbox"/> 原発性皮膚末梢性 T 細胞リンパ腫、稀少型#1269 <input type="checkbox"/> T 細胞前リンパ球性白血病#1246 <input type="checkbox"/> 原発性皮膚末端 CD8 陽性 T 細胞リンパ腫#1272 <input type="checkbox"/> 肥満細胞症#1070 <input type="checkbox"/> 皮下脂肪織炎様 T 細胞リンパ腫#1263 <input type="checkbox"/> NK リンパ芽球性白血病/リンパ腫#1173 <input type="checkbox"/> 原発性皮膚 CD4 陽性小型/中型 T 細胞リンパ増殖異常症#1273 <input type="checkbox"/> 原発性皮膚 CD8 陽性急速進行性表皮向性細胞傷害性 T 細胞リンパ腫#1271 <input type="checkbox"/> T 細胞大型顆粒リンパ球性白血病#1247 <input type="checkbox"/> 前駆リンパ性腫瘍#1159 <input type="checkbox"/> 反復する遺伝子異常を有する B リンパ芽球性白血病/リンパ腫#1161 <input type="checkbox"/> 高二倍体性 B リンパ芽球性白血病/リンパ腫#1165 <input type="checkbox"/> 急性未分化型白血病#1151 <input type="checkbox"/> 低二倍体性 B リンパ芽球性白血病/リンパ腫#1166 <input type="checkbox"/> 急性前骨髄球性白血病#1123 <input type="checkbox"/> iAMP21 を伴う B リンパ芽球性白血病/リンパ腫#1170 <input type="checkbox"/> 急性単球性白血病#1140 <input type="checkbox"/> t(1;19)(q23;p13.3);TCF3-PBX1 を伴う B リンパ芽球性白血病/リンパ腫#1168 <input type="checkbox"/> t(12;21)(p13.2;q22.1);ETV6-RUNX1 を伴う B リンパ芽球性白血病/リンパ腫#1164 <input type="checkbox"/> t(5;14)(q31.1;q32.3) IL3-IGH を伴う B リンパ芽球性白血病/リンパ腫#1167 <input type="checkbox"/> t(9;22)(q34.1;q11.2);BCR-ABL1 を伴う B リンパ芽球性白血病/リンパ腫#1162 <input type="checkbox"/> t(v;11q23.3);KMT2A 再構成を伴う B リンパ芽球性白血病/リンパ腫#1163 <input type="checkbox"/> BCR-ABL1 様 B リンパ芽球性白血病/リンパ腫#1169 <input type="checkbox"/> 赤白血病#1141 <input type="checkbox"/> B リンパ芽球性白血病/リンパ腫、非特定型#1160 <input type="checkbox"/> 分化系統不明な急性白血病#1150 <input type="checkbox"/> T リンパ芽球性白血病/リンパ腫#1171 <input type="checkbox"/> 混合表現型急性白血病、非特定稀少型#1156 <input type="checkbox"/> 初期前駆 T 細胞性リンパ芽球性白血病/リンパ腫#1172 <input type="checkbox"/> 骨髄性肉腫#1145 <input type="checkbox"/> 分化系統不明な急性白血病、非特定型#1157 <input type="checkbox"/> 急性好塩基球性白血病#1143 <input type="checkbox"/> t(9;22)(q34.1;q11.2);BCR-ABL1 を伴う混合表現型急性白血病#1152 <input type="checkbox"/> t(v;11q23.3);KMT2A 再構成を伴う混合表現型急性白血病#1153 <input type="checkbox"/> 混合表現型急性白血病、B/骨髄性、非特定型#1154 <input type="checkbox"/> 急性巨核芽球性白血病#1142 <input type="checkbox"/> 混合表現型急性白血病、T/骨髄性、非特定型#1155 <input type="checkbox"/> 急性骨髄単球性白血病#1139 <input type="checkbox"/> 急性骨髄性白血病および関連前駆性腫瘍#1118 <input type="checkbox"/> 急性骨髄性白血病、非特定型#1135 <input type="checkbox"/> 骨髄異形成関連変化を伴う急性骨髄性白血病#1133 <input type="checkbox"/> 分化型急性骨髄性白血病#1138 <input type="checkbox"/> 反復する遺伝子異常を伴う急性骨髄性白血病#1119 <input type="checkbox"/> 未分化型急性骨髄性白血病#1137

<p> <input type="checkbox"/>t(1;22)(p13.3;q13.3);RBM15-MKL1 を伴う急性骨髄性白血病 (巨核芽球性)#1127 <input type="checkbox"/>BCR-ABL1 を伴う急性骨髄性白血病#1128 <input type="checkbox"/>ダウン症関連骨髄増殖症#1146 <input type="checkbox"/>遺伝子変異を伴う急性骨髄性白血病#1129 <input type="checkbox"/>ダウン症関連骨髄性白血病#1148 <input type="checkbox"/>CEBPA 両アレル変異を伴う急性骨髄性白血病#1131 <input type="checkbox"/>皮膚肥満細胞症#1071 <input type="checkbox"/>NPM1 変異を伴う急性骨髄性白血病#1130 <input type="checkbox"/>最未分化型急性骨髄性白血病#1136 <input type="checkbox"/>RUNX1 変異を伴う急性骨髄性白血病#1132 <input type="checkbox"/>骨髄線維症を伴う急性汎骨髄症#1144 <input type="checkbox"/>inv(16)(p13.1;q22)または t(16;16)(p13.1;q22);CBFB-MYH11 を伴う急性骨髄性白血病#1121 <input type="checkbox"/>inv(3)(q21.3;q26.2)または t(3;3)(q21.3;q26.2); GATA2, MECOM を伴う急性骨髄性白血病#1126 <input type="checkbox"/>t(6;9)(p23;q34.1);DEK-NUP214 を伴う急性骨髄性白血病#1125 <input type="checkbox"/>t(8;21)(q22;q22.1);RUNX1-RUNX1T1 を伴う急性骨髄性白血病#1120 <input type="checkbox"/>t(9;11)(p21.3;q23.3);MLLT3-KMT2A を伴う急性骨髄性白血病#1124 <input type="checkbox"/>ダウン症関連一過性骨髄異常増殖症#1147 <input type="checkbox"/>芽球形質細胞様樹状細胞腫瘍#1149 <input type="checkbox"/>PML-RARA を伴う急性前骨髄球性白血病#1122 <input type="checkbox"/>びまん性皮膚肥満細胞症#1073 <input type="checkbox"/>治療関連骨髄性腫瘍#1134 <input type="checkbox"/>色素性蕁麻疹 / 斑状丘疹状肥満細胞症#1072 <input type="checkbox"/>皮膚肥満細胞腫#1074 <input type="checkbox"/>肥満細胞肉腫#1082 <input type="checkbox"/>侵襲性全身性肥満細胞症#1080 <input type="checkbox"/>全身性肥満細胞症#1075 <input type="checkbox"/>骨髄肥満細胞症#1077 <input type="checkbox"/>骨髄異形成症候群#1094 <input type="checkbox"/>無症候性全身性肥満細胞症#1076 <input type="checkbox"/>血液腫瘍関連の全身性肥満細胞症#1079 <input type="checkbox"/>肥満細胞白血病#1081 <input type="checkbox"/>小児骨髄異形成症候群#1105 <input type="checkbox"/>骨髄増殖性腫瘍#1058 <input type="checkbox"/>小児不応性血球減少症#1106 <input type="checkbox"/>くすぶり型全身性肥満細胞症#1078 <input type="checkbox"/>芽球増加と赤血球系優位を伴う骨髄異形成症候群#1101 <input type="checkbox"/>組織球形肉腫#1305 <input type="checkbox"/>芽球増加を伴う骨髄異形成症候群#1100 <input type="checkbox"/>本態性血小板血症#1066 <input type="checkbox"/>芽球増加と線維化を伴う骨髄異形成症候群#1102 <input type="checkbox"/>骨髄異形成/骨髄増殖性腫瘍#1088 <input type="checkbox"/>単独 del(5q)異常を伴う骨髄異形成症候群#1103 <input type="checkbox"/>骨髄異形成症候群、分類不能型#1104 <input type="checkbox"/>多血球系統の異形成を伴う骨髄異形成症候群#1099 <input type="checkbox"/>慢性骨髄単球性白血病#1089 <input type="checkbox"/>環状鉄芽球を伴う骨髄異形成症候群#1096 <input type="checkbox"/>若年性骨髄単球性白血病#1091 <input type="checkbox"/>環状鉄芽球と多血球系統の異形成を伴う骨髄異形成症候群#1098 <input type="checkbox"/>真性多血症#1061 <input type="checkbox"/>環状鉄芽球と単一血球系統の異形成を伴う骨髄異形成症候群#1097 <input type="checkbox"/>単一血球系統の異形成を伴う骨髄異形成症候群#1095 <input type="checkbox"/>慢性好中球性白血病#1060 <input type="checkbox"/>非定形慢性骨髄性白血病、BCR-ABL1 陰性型#1090 <input type="checkbox"/>原発性骨髄線維症#1063 <input type="checkbox"/>環状鉄芽球と血小板増加を伴う骨髄異形成/骨髄増殖性腫瘍#1092 <input type="checkbox"/>骨髄異形成/骨髄増殖性腫瘍、分類不能型#1093 <input type="checkbox"/>真性多血症後骨髄線維症#1062 <input type="checkbox"/>生殖細胞系素因を伴う骨髄性腫瘍#1107 <input type="checkbox"/>骨髄増殖性腫瘍、分類不能型#1069 <input type="checkbox"/>生殖細胞系素因と先行する血小板異常を伴う骨髄性腫瘍#1111 <input type="checkbox"/>生殖細胞系列 ANKRD26 変異を伴う骨髄性腫瘍#1113 <input type="checkbox"/>再生不良性貧血#1316 <input type="checkbox"/>生殖細胞系列 ETV6 変異を伴う骨髄性腫瘍#1114 <input type="checkbox"/>原発性骨髄線維症、線維化期#1065 <input type="checkbox"/>生殖細胞系列 RUNX1 変異を伴う骨髄性腫瘍#1112 <input type="checkbox"/>その他の造血器腫瘍#1303 <input type="checkbox"/>遺伝性骨不全症候群およびテロメア異常に関連する生殖細胞系素因を有する骨髄性腫瘍#1117 <input type="checkbox"/>他の臓器障害に関連する生殖細胞系素因を伴う骨髄性腫瘍#1115 </p>

<input type="checkbox"/> 生殖細胞系列 GATA2 変異を伴う骨髄性腫瘍#1116 <input type="checkbox"/> 指状嵌入樹状細胞肉腫#1310 <input type="checkbox"/> 先行疾患および臓器障害のない生殖細胞系素因を伴う骨髄性腫瘍#1108 <input type="checkbox"/> 生殖細胞系列 CEBPA 変異を伴う急性骨髄性白血病#1109 <input type="checkbox"/> 濾胞樹状細胞肉腫#1311 <input type="checkbox"/> 生殖細胞系列 DDX41 変異を伴う骨髄性腫瘍#1110 <input type="checkbox"/> 不確定型樹状細胞腫瘍#1309 <input type="checkbox"/> 好酸球増多症と遺伝子再構成を伴う骨髄性/リンパ性腫瘍#1083 <input type="checkbox"/> FGFR1 再構成を伴う骨髄性/リンパ性腫瘍#1086 <input type="checkbox"/> エルドハイム・チェスター病#1315 <input type="checkbox"/> PCM1-JAK2 を伴う骨髄性/リンパ性腫瘍#1087 <input type="checkbox"/> 播種性若年性黄色肉芽腫#1314 <input type="checkbox"/> PDGFRA 再構成を伴う骨髄性/リンパ性腫瘍#1084 <input type="checkbox"/> ランゲルハンス細胞肉腫#1308 <input type="checkbox"/> PDGFRB 再構成を伴う骨髄性/リンパ性腫瘍#1085 <input type="checkbox"/> 原発性骨髄線維症、前線維化期#1064 <input type="checkbox"/> 慢性骨髄性白血病、BCR-ABL1 陽性型#1059 <input type="checkbox"/> 本態性血小板血症後骨髄線維症#1067 <input type="checkbox"/> 慢性好酸球性白血病、非特定型#1068 <input type="checkbox"/> 炎症性偽腫瘍様濾胞/線維芽細胞性樹状細胞肉腫#1312 <input type="checkbox"/> 線維芽細胞性細網細胞腫瘍#1313 <input type="checkbox"/> 未確定の潜在能を持つクローン性造血#1317 <input type="checkbox"/> 組織球性および樹状細胞腫瘍#1304 <input type="checkbox"/> 発作性夜間ヘモグロビン尿症#1318 <input type="checkbox"/> ランゲルハンス細胞組織球症#1307 <input type="checkbox"/> ランゲルハンス細胞由来腫瘍#1306

【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 <small>ありの場合、該当する転移の部位をすべて選択</small> <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
-------	--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

【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	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> 不明 <small>ありの場合、下記入力</small> ・発症年齢 _____ 歳 ・多発がんの活動性 <small>※4 参照</small> <input type="checkbox"/> 活動性 <input type="checkbox"/> 非活動性 <input type="checkbox"/> 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。

【患者背景情報】

臨床診断名	病理診断名と一致している必要はなく、画像所見や臨床症状・経過など総合的に判断して主治医が治療の対象としている診断名を記入
診断日	当該腫瘍の初回治療前に診断のために行われた検査のうち、がんの診断する根拠となった検査が行われた日を記載 ※2 参照) (西暦) 年 月 日
初回治療前のステージ分類	進行期の場合は臨床病期を入力、再発症例については他臓器への転移巣があればIV期、局所再発の場合は該当せず □0期 □I期 □II期 □III期 □IV期 □該当せず □不明
出検時の臨床病期	現在の病期を入力 □Stage1 □Stage2 □Stage3 □Stage4 □不明/該当せず
喫煙歴	□なし □あり 喫煙総年数 _____ 年 1日の本数 _____ 本/日
アルコール多飲有無	□なし □あり □不明
ECOG PS	□0 □1 □2 □3 □4 □不明

※2 診断日を決定する重み付けについては：治療方針が決定される前に行われたがん診断する根拠となった検査をどの検査をするか、方針決定前の診断の根拠となった検査日をどの検査日とするかについては、全ての陽性検査（他施設での検査も含む）を時系列に並べ、最も早い、より確からしい検査を行った日を、以下のうち、最も数字の小さい検査が行われた日をご入力ください。（数字が小さいほどその診断の確からしさが高いと考えることとします。）

- 1.原発巣の組織診陽性（病理組織診によるがんの診断）
- 2.転移巣の組織診陽性（病理組織診によるがんの診断）
- 3.細胞診の陽性（組織診ではがんの診断なし）
- 4.部位特異的腫瘍マーカーによる診断
- 5.臨床検査による診断（画像診断を含む）
- 6.臨床診断による診断（上記1～5を伴わないもの）

【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"/> ベンタナ OptiView 2 抗体 (MSH6、PMS2) <input type="checkbox"/> ベンタナ 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

【検体情報】

病理診断名	※1 参照) 英語入力
検体種別	<input type="checkbox"/> FFPE <input type="checkbox"/> 新鮮凍結 <input type="checkbox"/> 末梢血 <input type="checkbox"/> その他
検体採取部位	(血液で出検の場合不要) <input type="checkbox"/> 原発巣 <input type="checkbox"/> 転移巣 <input type="checkbox"/> 不明
具体的な採取部位 (血液で出検の場合不要)	<input type="checkbox"/> 脊髄 <input type="checkbox"/> 脳 <input type="checkbox"/> 眼 <input type="checkbox"/> 口腔 <input type="checkbox"/> 咽頭 <input type="checkbox"/> 喉頭 <input type="checkbox"/> 唾液腺 <input type="checkbox"/> 甲状腺 <input type="checkbox"/> 鼻・副鼻腔 <input type="checkbox"/> 肺 <input type="checkbox"/> 胸膜 <input type="checkbox"/> 胸腺 <input type="checkbox"/> 乳腺 <input type="checkbox"/> 皮膚 <input type="checkbox"/> 食道 <input type="checkbox"/> 胃 <input type="checkbox"/> 十二指腸乳頭部 <input type="checkbox"/> 十二指腸 <input type="checkbox"/> 小腸 <input type="checkbox"/> 虫垂 <input type="checkbox"/> 大腸 <input type="checkbox"/> 肛門 <input type="checkbox"/> 肝 <input type="checkbox"/> 胆道 <input type="checkbox"/> 脾 <input type="checkbox"/> 腎 <input type="checkbox"/> 腎盂 <input type="checkbox"/> 副腎 <input type="checkbox"/> 膀胱 <input type="checkbox"/> 尿管 <input type="checkbox"/> 精巣 <input type="checkbox"/> 前立腺 <input type="checkbox"/> 陰茎 <input type="checkbox"/> 子宮体部 <input type="checkbox"/> 子宮頸部 <input type="checkbox"/> 卵巣/卵管 <input type="checkbox"/> 膣 <input type="checkbox"/> 骨 <input type="checkbox"/> 筋肉 <input type="checkbox"/> 軟部組織 <input type="checkbox"/> リンパ節/リンパ管 <input type="checkbox"/> 腹膜 <input type="checkbox"/> 髄膜 <input type="checkbox"/> 骨髄 <input type="checkbox"/> 血液 <input type="checkbox"/> 末梢神経系 <input type="checkbox"/> 原発不明 <input type="checkbox"/> その他
検体採取方法	<input type="checkbox"/> 生検 <input type="checkbox"/> 手術 <input type="checkbox"/> 不明 <input type="checkbox"/> その他
検体識別番号	(当院で記載します)
検体採取日	(当院で記載します)

- ※1 組織で出検の場合：提出する検体に関する病理診断名を入力
 血液で出検の場合：検体採取した時点で存在する腫瘍の病理診断名を入力
 病理診断が未確定の場合：“未確定”あるいは“～がん疑い”などを入力
 原発不明がんの場合：病理診断書（細胞診含）に記載されている腺癌、未分化癌の分類などの組織学的特徴などを入力（後日、病理診断名が確定または変更した場合はご報告ください）

【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 style="color: blue;">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 style="color: orange;">（家族歴（6）以上ありは、本ページをコピーしてご記載ください）</p>

【既知の遺伝性疾患】

遺伝性疾患（がん以外も含む）と診断されているか否かを選択ください。家族性か散発性は問いません。

多発がんの有無	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> 不明
	<p style="color: blue; font-size: small;">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：_____）

	(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:

