

がん遺伝子パネル検査診療情報提供書

見本

病院名： ●●病院

診療科： 外科

担当医師名： ○○ ○○

作成日： 2023年1月1日

患者基本情報	
フリガナ	ヤマナシ タロウ
患者氏名	山梨 太郎
性別	<input type="checkbox"/> 男 <input checked="" type="checkbox"/> 女 <input type="checkbox"/> 未入力・不明
生年月日	(西暦) 2001 (年) 1 (月) 10 (日)
住所	〒409-3898 山梨県中央市下河東 1110
電話番号	055-273-1111
移植歴	<input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 (詳細を英語表記：)
再生不良性貧血	<input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有

原発巣がん種情報	
がん種区分	管理番号 (# 280) 下記 URL の「がん種区分がん種リスト」をご参照ください C-CAT 調査結果に関して 国立がん研究センター (https://www.ncc.go.jp/jp/c_cat/jitsumushya/020/index.html)
小児がん等	<input checked="" type="checkbox"/> 該当しない <input type="checkbox"/> 該当する
臨床診断名 (未確定・疑い等も記載)	※原発不明がんの場合は転移巣の部位や病理診断情報など原発臓器の情報を記載 S 状結腸癌
初回治療前ステージ	<input type="checkbox"/> 0期 <input type="checkbox"/> I期 <input checked="" 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

検体情報	
病理診断名 (英語表記、未確定・疑い等も記載)	※原発不明がんの場合は病理診断書(細胞診を含む) Tubular adenocarcinoma,tub2>tub1
検体採取日	(西暦) 2021 (年) 12 (月) 2 (日)
検体採取方法	<input type="checkbox"/> 生検 <input checked="" type="checkbox"/> 手術 <input type="checkbox"/> その他(詳細:)
貴施設病理組織番号	1234
検体採取部位	<input checked="" type="checkbox"/> 原発巣 <input type="checkbox"/> 転移巣 <input type="checkbox"/> その他(詳細:)
具体的な採取部位	<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 checked="" 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"/> 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"/> 膈 <input type="checkbox"/> 皮膚 <input type="checkbox"/> 骨 <input type="checkbox"/> 筋肉 <input type="checkbox"/> 軟部組織(皮下) <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(詳細:)
使用された固定液	<input checked="" type="checkbox"/> 10%中性緩衝ホルマリン <input type="checkbox"/> その他(詳細:) <input type="checkbox"/> 不明
固定に浸かるまでの時間	<input checked="" type="checkbox"/> 30分以下 <input type="checkbox"/> 30分超える <input type="checkbox"/> 不明
固定時間	<input type="checkbox"/> 6時間未満 <input checked="" type="checkbox"/> 6~12時間 <input type="checkbox"/> 12~24時間 <input type="checkbox"/> 24~48時間 <input type="checkbox"/> 48時間以上 <input type="checkbox"/> 不明
腫瘍含有率	60 %

※貴院より検体をお持ちいただく場合のみご記入ください

※必ずご記入ください

患者背景情報	
診断日	(西暦) 2021 (年) 8 (月) 1 (日)
喫煙歴	<input checked="" type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 不明 喫煙年数 年 1日の本数 本/日
アルコール多飲歴	<input checked="" type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 不明
ECOG PS	<input type="checkbox"/> 0 <input checked="" type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 不明
重複がん (異なる臓器からの重複がんであり、その原発部位を選択)	<input type="checkbox"/> 有(管理番号: # _____、発症年齢 _____ 歳、 <input type="checkbox"/> 活動性 <input type="checkbox"/> 非活動性 <input type="checkbox"/> 不明) <input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 不明 管理番号は下記 URL の「がん種区分がん種リスト」をご参照ください C-CAT 調査結果に関して 国立がん研究センター (https://www.ncc.go.jp/jp/c_cat/jitsumushya/020/index.html)
多発がん(同一臓器)	<input type="checkbox"/> 有(発症年齢 _____ 歳、 <input type="checkbox"/> 活動性 <input type="checkbox"/> 非活動性 <input type="checkbox"/> 不明) <input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 不明
家族歴(30件まで)	<input type="checkbox"/> 有 <input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 不明 続柄(選択してください) がん種(選択してください) 罹患年齢(選択してください) 続柄(選択してください) がん種(選択してください) 罹患年齢(選択してください) 続柄(選択してください) がん種(選択してください) 罹患年齢(選択してください) 続柄(選択してください) がん種(選択してください) 罹患年齢(選択してください) 続柄(選択してください) がん種(選択してください) 罹患年齢(選択してください)
既存の遺伝子疾患名	<input type="checkbox"/> 有(疾患名: 選択してください) <input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 不明

【固形がん共通】がん種情報	
登録時転移の有無・部位	<input checked="" type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 不明 【具体的な部位： <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 checked="" 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（皮下を含む） <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（詳細： ）】
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 checked="" type="checkbox"/> 不明または未検査
-検査方法	<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 checked="" 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
-検査方法	<input checked="" 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
ミスマッチ修復機能	<input type="checkbox"/> pMMR(正常) <input type="checkbox"/> dMMR(欠損) <input type="checkbox"/> 判定不能 <input checked="" type="checkbox"/> 不明または未検査
-検査方法	<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	<input type="checkbox"/> TMB-High (TMB スコアが 10mut/Mb 以上) <input type="checkbox"/> その他 <input checked="" type="checkbox"/> 不明または未検査
-検査方法	<input type="checkbox"/> F1 CDx <input type="checkbox"/> その他 <input type="checkbox"/> 不明

該当しない項目があるもの含めすべての書類を提出してください。

※がん種固有情報

【唾液腺癌/甲状腺/肺/乳房/食道・胃・腸/肝/胆道/膵/皮膚/前立腺/卵巣・卵管】は、該当箇所にご入力ください。

唾液腺癌	
HER2 遺伝子増幅度	<input type="checkbox"/> 陰性 <input type="checkbox"/> 陽性 <input type="checkbox"/> equivocal <input type="checkbox"/> 判定不能 <input type="checkbox"/> 不明または未検査
-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"/> 不明または未検査
-検査方法	<input type="checkbox"/> ベンタナ ultraView パスウェー HER2 (4B5) <input type="checkbox"/> その他 <input type="checkbox"/> 不明

甲状腺	
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"/> 不明または未検査
-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"/> 不明または未検査
-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

乳房	
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"/> 不明または未検査
HER2(FISH)	<input type="checkbox"/> 陰性 <input type="checkbox"/> 陽性 <input type="checkbox"/> equivocal <input type="checkbox"/> 判定不能 <input type="checkbox"/> 不明または未検査
ER	<input type="checkbox"/> 陰性 <input type="checkbox"/> 陽性 <input type="checkbox"/> 判定不能 <input type="checkbox"/> 不明または未検査
PgR	<input type="checkbox"/> 陰性 <input type="checkbox"/> 陽性 <input type="checkbox"/> 判定不能 <input type="checkbox"/> 不明または未検査
gBRCA1	<input type="checkbox"/> 陰性 <input type="checkbox"/> 陽性 <input type="checkbox"/> 判定不能 <input type="checkbox"/> 不明または未検査
-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
gBRCA2	<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
-検査方法	<input type="checkbox"/> BRCAAnalysis 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"/> 不明または未検査
-検査方法	<input type="checkbox"/> PD-L1 IHC 22C3 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"/> 陽性 <input type="checkbox"/> equivocal <input type="checkbox"/> 判定不能 <input type="checkbox"/> 不明または未検査
-検査方法	<input type="checkbox"/> F1 CDx <input type="checkbox"/> その他 <input type="checkbox"/> 不明

食道・胃・腸	
KRAS	<input checked="" 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
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
-検査方法	<input checked="" type="checkbox"/> PCR-rSSO 法 <input type="checkbox"/> MEBGEN RASKET-B キット <input type="checkbox"/> OncoBEAM 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 checked="" type="checkbox"/> 不明または未検査
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
-検査方法	<input type="checkbox"/> PCR-rSSO 法 <input type="checkbox"/> MEBGEN RASKET-B キット <input type="checkbox"/> OncoBEAM 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 checked="" type="checkbox"/> 不明または未検査
HER2 タンパク -検査方法	<input type="checkbox"/> ベンタナ ultraView パスウェー HER2 (4B5) <input type="checkbox"/> その他 <input type="checkbox"/> 不明
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 checked="" type="checkbox"/> 不明または未検査
HER2 遺伝子増幅 (ISH 法)	<input type="checkbox"/> 陰性 <input type="checkbox"/> 陽性 <input type="checkbox"/> equivocal <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 checked="" type="checkbox"/> 不明または未検査
BRAF(V600)	<input checked="" 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
-検査方法	<input type="checkbox"/> MEBGEN RASKET-B キット <input checked="" type="checkbox"/> therascreen <input type="checkbox"/> その他 <input type="checkbox"/> 不明

肺	
EGFR	<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
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
-検査方法	<input type="checkbox"/> CobasV2 <input type="checkbox"/> Therascreen <input type="checkbox"/> オンコマイン Dx target Test マルチ CDx <input type="checkbox"/> F1 CDx <input type="checkbox"/> F1Liquid CDx <input type="checkbox"/> Amoy Dx 肺癌マルチ PCR パネル <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"/> 不明または未検査
ALK 融合	<input type="checkbox"/> 陰性 <input type="checkbox"/> 陽性 <input type="checkbox"/> 判定不能 <input type="checkbox"/> 不明または未検査
-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"/> オンコマイン Dx Target Test マルチ CDx <input type="checkbox"/> Amoy Dx 肺癌マルチ PCR パネル <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"/> 不明または未検査
-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"/> AmoyDx 肺癌マルチ遺伝子 PCR パネル <input type="checkbox"/> OncoGuide AmoyDx <input type="checkbox"/> その他 <input type="checkbox"/> 不明
BRAF(V600)	<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
-検査方法	<input type="checkbox"/> オンコマイン Dx Target Test マルチ CDx <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
PD-L1(IHC)	<input type="checkbox"/> 陰性 <input type="checkbox"/> 陽性 <input type="checkbox"/> 判定不能 <input type="checkbox"/> 不明または未検査
-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
陽性率	% ※8桁まで入力可能。検査結果に範囲がある場合は「60-80」と入力
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"/> 不明または未検査
-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
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"/> 不明または未検査
-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"/> 不明または未検査
-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"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 不明

肝臓	
HBsAg	<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
HBs 抗体	<input type="checkbox"/> 陰性 <input type="checkbox"/> 陽性 <input type="checkbox"/> 判定不能 <input type="checkbox"/> 不明または未検査
HBV-DNA	LogIU/mL
HCV 抗体	<input type="checkbox"/> 低 <input type="checkbox"/> 中 <input type="checkbox"/> 高 <input type="checkbox"/> 不明または未検査
HCV-RNA	LogIU/mL

胆道	
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"/> 不明または未検査
-検査方法	<input type="checkbox"/> F1 CDx <input type="checkbox"/> その他 <input type="checkbox"/> 不明

膵臓	
gBRCA1	<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"/> 不明または未検査
-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

前立腺	
gBRCA1	<input type="checkbox"/> 陰性 <input type="checkbox"/> 陽性 <input type="checkbox"/> 判定不能 <input type="checkbox"/> 不明または未検査
-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
gBRCA2	<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

卵巣/卵管	
gBRCA1	<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"/> 不明または未検査
-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"/> 不明または未検査
-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	
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"/> 不明または未検査
-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-type	<input type="checkbox"/> V600E <input type="checkbox"/> V600K <input type="checkbox"/> 判定不能 <input type="checkbox"/> 不明または未検査

※投与されましたレジメン毎にこのページを複製し、ご入力ください。変更毎の治療経過が必要です。(レジメン最大 15 まで)

薬物療法情報（初回投与から EP 前まで）	
実施の有無	<input checked="" type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無
治療方針	<input type="checkbox"/> 企業治験 <input type="checkbox"/> 医師主導治験 <input type="checkbox"/> ...
承認薬併用治験への併用	<input checked="" type="checkbox"/> 該当しない <input type="checkbox"/> 該当する 【企業治験...
治療ライン	<input checked="" 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
実施目的	<input type="checkbox"/> 術前補助療法 <input checked="" 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 checked="" type="checkbox"/> 自施設 <input type="checkbox"/> 他施設
レジメン名	mFOLFOX6+BV 療法
薬剤名	(一般名もしくは商品名、治験の場合は記載なし)※バイオシミラー・バイオセームは商品名を優先
	フルオロウラシル レボホリナート オキサリプラチン ペバシズマブ
レジメン内容変更情報	<input checked="" type="checkbox"/> 有 (詳細:) <input type="checkbox"/> 無
投与開始日	(西暦) 2022 (年) 1 (月) 10 (日)
投与終了日	(西暦) 2022 (年) 3 (月) 15 (日) または <input type="checkbox"/> 継続中
終了理由	<input type="checkbox"/> 計画通り終了 <input type="checkbox"/> 無効中止 (※1 増悪確認日を入力) <input type="checkbox"/> 本人希望により中止 <input checked="" type="checkbox"/> 副作用等で中止 (※2 中止に至った有害事象を入力) <input type="checkbox"/> その他理由で中止 <input type="checkbox"/> 不明
最良総合効果	<input type="checkbox"/> CR <input type="checkbox"/> PR <input checked="" type="checkbox"/> SD <input type="checkbox"/> PD <input type="checkbox"/> NE
※1 増悪確認日	(西暦) 選択してください (年) 選択してください (月) 選択してください (日)
※2 中止に至った有害事象の詳細	事象毎に、有害事象名称・最悪 Grade・発現日を記載 (例：間質性肺炎、Grade4、2020 年 3 月 20 日、もしくは「不明」)
	好中球減少、Grade4、2022 年 3 月 20 日
Grade3 以上有害事象の有無 (非血液毒性)	<input checked="" type="checkbox"/> 有 (※詳細は以下に記載) <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 不明 有害事象名称につきましては、「CTCAE5.0リスト」をご参照ください (https://jcog.jp/assets/CTCAEv5J_20220901_v25_1.pdf)
	事象毎に、有害事象名称・Grade・発現日を記載 (例：好中球減少症、Grade4、2020 年 6 月 2 日)
Grade3 以上有の場合	好中球減少症、Grade4、2022 年 3 月 20 日

ご協力ありがとうございました。

※記載方法についてご不明な点がございましたら、genome-as@yamanashi.ac.jp までお問い合わせください。数日以内に返信がない場合は、お手数ですが再度ご連絡願います。