

## 《 C-CAT入力項目 》

エキスパートパネル開催時に必要となりますので、下記にご記入ください。

□にレ点、空欄に記入をお願い致します。

患者名

### 【患者背景情報】

#### 喫煙歴

あり なし 不明

喫煙総年数 ( )年 不明

喫煙本数 ( )本/日 不明

#### アルコール

飲む 飲まない

酒類 ( ) ( )ml/日

酒類 ( ) ( )ml/日

酒類 ( ) ( )ml/日

#### Performance Status

PS: 0 1 2 3 4

#### 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)

あり なし 不明

中枢神経系 脳 眼 口腔 咽頭 喉頭 鼻・副鼻腔 唾液腺 甲状腺 肺 胸膜

胸腺 乳 食道 胃 十二指腸乳頭部 小腸 虫垂 大腸 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

皮下 骨 筋肉 軟部組織 腹膜 髄膜 骨髄系 リンパ系 末梢神経系 原発不明

その他 ( )

重複がん活動性 活動性 非活動性 不明

#### 多発がん(同一部位に同一がん種が多発)

あり なし 不明

多発がん活動性 活動性 非活動性 不明

## 【がん種情報】

### 登録時転移

あり なし 不明

中枢神経系 脳 眼 口腔 咽頭 喉頭 鼻・副鼻腔 唾液腺 甲状腺 肺 胸膜  
胸腺 乳 食道 胃 十二指腸乳頭部 小腸 虫垂 大腸 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  
皮下 骨 筋肉 軟部組織 腹膜 髄膜 骨髄系 リンパ系 末梢神経系 原発不明  
その他( )

### 原発がん種(肺)

EGFR	<input type="checkbox"/> 陰性 <input type="checkbox"/> 陽性 <input type="checkbox"/> 判定不能 <input type="checkbox"/> 不明or未検査
EGFR type	<input type="checkbox"/> G719 <input type="checkbox"/> exon-19欠失 <input type="checkbox"/> S768I <input type="checkbox"/> T790M <input type="checkbox"/> exon-20挿入 <input type="checkbox"/> L858R <input type="checkbox"/> L831Q <input type="checkbox"/> その他 <input type="checkbox"/> 不明
EGFR検査方法	<input type="checkbox"/> CobasV2 <input type="checkbox"/> Therascreen <input type="checkbox"/> その他 <input type="checkbox"/> 不明
EGFR-TKI耐性後 EGFR-T790M	<input type="checkbox"/> 陰性 <input type="checkbox"/> 陽性 <input type="checkbox"/> 判定不能 <input type="checkbox"/> 不明or未検査
ALK融合	<input type="checkbox"/> 陰性 <input type="checkbox"/> 陽性 <input type="checkbox"/> 判定不能 <input type="checkbox"/> 不明or未検査
ALK検査方法	<input type="checkbox"/> IHCのみ <input type="checkbox"/> FISHのみ <input type="checkbox"/> IHC+FISH <input type="checkbox"/> RT-PCRのみ <input type="checkbox"/> RT-PCR+FISH <input type="checkbox"/> その他 <input type="checkbox"/> 不明
ROS1	<input type="checkbox"/> 陰性 <input type="checkbox"/> 陽性 <input type="checkbox"/> 判定不能 <input type="checkbox"/> 不明or未検査
BRAF(V600)	<input type="checkbox"/> 陰性 <input type="checkbox"/> 陽性 <input type="checkbox"/> 判定不能 <input type="checkbox"/> 不明or未検査
PD-L1(IHC)	<input type="checkbox"/> 陰性 <input type="checkbox"/> 陽性(陽性率 %) <input type="checkbox"/> 判定不能 <input type="checkbox"/> 不明or未検査
PD-L1(IHC) 検査方法	<input type="checkbox"/> Nivolumab/Dako28-8 <input type="checkbox"/> Pembrolizumab/Dako22C3 <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

### 原発がん種(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
HER2(FISH)	<input type="checkbox"/> 陰性 <input type="checkbox"/> equivocal <input type="checkbox"/> 陽性 <input type="checkbox"/> 判定不能 <input type="checkbox"/> 不明or未検査
ER	<input type="checkbox"/> 陰性 <input type="checkbox"/> 陽性 <input type="checkbox"/> 判定不能 <input type="checkbox"/> 不明or未検査
PgR	<input type="checkbox"/> 陰性 <input type="checkbox"/> 陽性 <input type="checkbox"/> 判定不能 <input type="checkbox"/> 不明or未検査
gBRCA1	<input type="checkbox"/> 陰性 <input type="checkbox"/> 陽性 <input type="checkbox"/> 判定不能 <input type="checkbox"/> 不明or未検査
gBRCA2	<input type="checkbox"/> 陰性 <input type="checkbox"/> 陽性 <input type="checkbox"/> 判定不能 <input type="checkbox"/> 不明or未検査

### 原発がん種(食道/胃or腸)

KRAS	<input type="checkbox"/> 陰性 <input type="checkbox"/> 陽性 <input type="checkbox"/> 判定不能 <input type="checkbox"/> 不明or未検査
KRAS-type	<input type="checkbox"/> codon12 <input type="checkbox"/> codon13 <input type="checkbox"/> codon59 <input type="checkbox"/> codon61 <input type="checkbox"/> codon117 <input type="checkbox"/> codon146 <input type="checkbox"/> 不明
KRAS検査方法	<input type="checkbox"/> PCR-rSSO法 <input type="checkbox"/> その他 <input type="checkbox"/> 不明
NRAS	<input type="checkbox"/> 陰性 <input type="checkbox"/> 陽性 <input type="checkbox"/> 判定不能 <input type="checkbox"/> 不明or未検査
NRAS-type	<input type="checkbox"/> codon12 <input type="checkbox"/> codon13 <input type="checkbox"/> codon59 <input type="checkbox"/> codon61 <input type="checkbox"/> codon117 <input type="checkbox"/> codon146 <input type="checkbox"/> 不明
NRAS検査方法	<input type="checkbox"/> PCR-rSSO法 <input type="checkbox"/> その他 <input type="checkbox"/> 不明
HER2(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
EGFR(IHC)	<input type="checkbox"/> 陰性 <input type="checkbox"/> 陽性 <input type="checkbox"/> 判定不能 <input type="checkbox"/> 不明or未検査
BRAF(V600)	<input type="checkbox"/> 陰性 <input type="checkbox"/> 陽性 <input type="checkbox"/> 判定不能 <input type="checkbox"/> 不明or未検査

### 原発がん種(肝)

HBsAg	<input type="checkbox"/> 陰性 <input type="checkbox"/> 陽性 <input type="checkbox"/> 判定不能 <input type="checkbox"/> 不明or未検査
HBs抗体	<input type="checkbox"/> 陰性 <input type="checkbox"/> 陽性 <input type="checkbox"/> 判定不能 <input type="checkbox"/> 不明or未検査
HBV-DNA	( ) LogIU/mL
HCV抗体	<input type="checkbox"/> 陰性 <input type="checkbox"/> 境界 <input type="checkbox"/> 陽性 <input type="checkbox"/> 不明or未検査
HCV-RNA	( ) LogIU/mL

### 原発がん種(皮膚)

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

## 【薬物療法(エキスパートパネル前)】

### 総レジメン数 ( ) 次治療

※欄が足りない場合はコピーしてお使いください。

#### 1次治療

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"/> その他上記以外
実施施設	<input type="checkbox"/> 自施設 <input type="checkbox"/> 他施設
レジメン名	
薬剤名	
投与開始日	西暦 年 月 日
投与終了日	<input type="checkbox"/> 西暦 年 月 日(最終投与日) <input type="checkbox"/> 継続中
終了理由	<input type="checkbox"/> 計画通りレジメンが終了 <input type="checkbox"/> 効果ないため <input type="checkbox"/> 副作用のため <input type="checkbox"/> 本人希望 <input type="checkbox"/> その他 <input type="checkbox"/> 不明
最良総合効果	<input type="checkbox"/> CR(完全奏功) <input type="checkbox"/> PR(部分奏功) <input type="checkbox"/> SD(安定) <input type="checkbox"/> PD(進行) <input type="checkbox"/> NE(評価不能)
有害事象	Grade3以上の有害事象(非血液毒性) <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし
有害事象①	発現日 西暦 年 月 日
	CTCAEv5.0名称 ( ) Code ( )
	CTCAEv5.0最悪Grade <input type="checkbox"/> Grade3 <input type="checkbox"/> Grade4 <input type="checkbox"/> Grade5 <input type="checkbox"/> 不明
有害事象②	発現日 西暦 年 月 日
	CTCAEv5.0名称 ( ) Code ( )
	CTCAEv5.0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	発現日 西暦 年 月 日
	CTCAEv5.0名称 ( ) Code ( )
	CTCAEv5.0最悪Grade <input type="checkbox"/> Grade3 <input type="checkbox"/> Grade4 <input type="checkbox"/> Grade5 <input type="checkbox"/> 不明

#### 2次治療

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"/> その他上記以外
実施施設	<input type="checkbox"/> 自施設 <input type="checkbox"/> 他施設
レジメン名	
薬剤名	
投与開始日	西暦 年 月 日
投与終了日	<input type="checkbox"/> 西暦 年 月 日(最終投与日) <input type="checkbox"/> 継続中
終了理由	<input type="checkbox"/> 計画通りレジメンが終了 <input type="checkbox"/> 効果ないため <input type="checkbox"/> 副作用のため <input type="checkbox"/> 本人希望 <input type="checkbox"/> その他 <input type="checkbox"/> 不明

最良総合効果	<input type="checkbox"/> CR(完全奏功) <input type="checkbox"/> PR(部分奏功) <input type="checkbox"/> SD(安定) <input type="checkbox"/> PD(進行) <input type="checkbox"/> NE(評価不能)
有害事象	Grade3以上の有害事象(非血液毒性) <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし
有害事象①	発現日 西暦 年 月 日
	CTCAEv5.0名称 ( ) Code ( )
	CTCAEv5.0最悪Grade <input type="checkbox"/> Grade3 <input type="checkbox"/> Grade4 <input type="checkbox"/> Grade5 <input type="checkbox"/> 不明
有害事象②	発現日 西暦 年 月 日
	CTCAEv5.0名称 ( ) Code ( )
	CTCAEv5.0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	発現日 西暦 年 月 日
	CTCAEv5.0名称 ( ) Code ( )
	CTCAEv5.0最悪Grade <input type="checkbox"/> Grade3 <input type="checkbox"/> Grade4 <input type="checkbox"/> Grade5 <input type="checkbox"/> 不明

### 3次治療

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"/> その他上記以外
実施施設	<input type="checkbox"/> 自施設 <input type="checkbox"/> 他施設
レジメン名	
薬剤名	
投与開始日	西暦 年 月 日
投与終了日	<input type="checkbox"/> 西暦 年 月 日(最終投与日) <input type="checkbox"/> 継続中
終了理由	<input type="checkbox"/> 計画通りレジメンが終了 <input type="checkbox"/> 効果ないため <input type="checkbox"/> 副作用のため <input type="checkbox"/> 本人希望 <input type="checkbox"/> その他 <input type="checkbox"/> 不明
最良総合効果	<input type="checkbox"/> CR(完全奏功) <input type="checkbox"/> PR(部分奏功) <input type="checkbox"/> SD(安定) <input type="checkbox"/> PD(進行) <input type="checkbox"/> NE(評価不能)
有害事象	Grade3以上の有害事象(非血液毒性) <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし
有害事象①	発現日 西暦 年 月 日
	CTCAEv5.0名称 ( ) Code ( )
	CTCAEv5.0最悪Grade <input type="checkbox"/> Grade3 <input type="checkbox"/> Grade4 <input type="checkbox"/> Grade5 <input type="checkbox"/> 不明
有害事象②	発現日 西暦 年 月 日
	CTCAEv5.0名称 ( ) Code ( )
	CTCAEv5.0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	発現日 西暦 年 月 日
	CTCAEv5.0名称 ( ) Code ( )
	CTCAEv5.0最悪Grade <input type="checkbox"/> Grade3 <input type="checkbox"/> Grade4 <input type="checkbox"/> Grade5 <input type="checkbox"/> 不明

## 次治療

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"/> その他上記以外
実施施設	<input type="checkbox"/> 自施設 <input type="checkbox"/> 他施設
レジメン名	
薬剤名	
投与開始日	西暦 年 月 日
投与終了日	<input type="checkbox"/> 西暦 年 月 日(最終投与日) <input type="checkbox"/> 継続中
終了理由	<input type="checkbox"/> 計画通りレジメンが終了 <input type="checkbox"/> 効果ないため <input type="checkbox"/> 副作用のため <input type="checkbox"/> 本人希望 <input type="checkbox"/> その他 <input type="checkbox"/> 不明
最良総合効果	<input type="checkbox"/> CR(完全奏功) <input type="checkbox"/> PR(部分奏功) <input type="checkbox"/> SD(安定) <input type="checkbox"/> PD(進行) <input type="checkbox"/> NE(評価不能)
有害事象	Grade3以上の有害事象(非血液毒性) <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし
有害事象①	発現日 西暦 年 月 日
	CTCAEv5.0名称 ( ) Code ( )
	CTCAEv5.0最悪Grade <input type="checkbox"/> Grade3 <input type="checkbox"/> Grade4 <input type="checkbox"/> Grade5 <input type="checkbox"/> 不明
有害事象②	発現日 西暦 年 月 日
	CTCAEv5.0名称 ( ) Code ( )
	CTCAEv5.0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	発現日 西暦 年 月 日
	CTCAEv5.0名称 ( ) Code ( )
	CTCAEv5.0最悪Grade <input type="checkbox"/> Grade3 <input type="checkbox"/> Grade4 <input type="checkbox"/> Grade5 <input type="checkbox"/> 不明