

登録ID: EC_ _ _ _ _	カルテID:	患者氏名:
-------------------	--------	-------

## 【1】C-CAT検体情報 入力項目

C-CAT検体情報の入力の際に必要な項目の一覧です。全項目が記入されていることをご確認ください。

検査区分	<input type="checkbox"/> 保険	がん遺伝子パネル検査を保険で実施		* 全角又は半角で10文字まで入力可能 ↓臨床研究試験番号もしくは先進医療受理番号	
	<input type="checkbox"/> 保険外併用療養	評価療養及び先進医療の場合等 →入力			試験番号
新規/再出検の識別	<input type="checkbox"/> 新規	<input type="checkbox"/> 再出検 	* 同一の腫瘍組織/別の腫瘍組織/別のパネル検査 いずれも再出検とする		
再出検前の検体識別番号				* 上の項目で再出検を選択した場合は入力 * 複数ある場合は最後に出検した検体の検体識別番号を入力	
検査種別	<input type="checkbox"/> NCC OncoPanel	* がん遺伝子パネル検査名を選択 「NCC OncoPanel～Oncomine Target Test」のうち、該当する検査名が存在する場合は、「その他」は選択しないこと。			
	<input type="checkbox"/> F1 CDx (組織)				
	<input type="checkbox"/> F1 Liquid CDx (血液)				
検体識別番号	029			* C-CAT患者識別ID (029+カルテID10ケタ) * 再出検の場合は数字末尾に「R」をつける	
検体種別	<input type="checkbox"/> FFPE	* がん遺伝子パネル検査のために提出した検体の保存方法  * 末梢血 : F1 Liquid CDx検査時のみ選択			
	<input type="checkbox"/> 新鮮凍結				
	<input type="checkbox"/> 末梢血				
腫瘍細胞含有割合※	% (非必須) * 3桁まで入力可能。小数点以下不可。				
検体採取日※ (腫瘍組織)	/ /		* 「がん遺伝子パネル検査」のために提出した腫瘍組織を採取した日 (yyyy/mm/dd)		
検体採取方法※	<input type="checkbox"/> 生検	当該腫瘍の診断目的で組織を採取した場合			
	<input type="checkbox"/> 手術	当該腫瘍の治療目的で組織を採取した場合			
	<input type="checkbox"/> その他 	上記及び「不明」以外 の場合、詳細記載(全角換算で概ね 100文字まで入力可能)			
	<input type="checkbox"/> 詳細:				
検体採取部位※	<input type="checkbox"/> 不明	検体採取方法が不明の場合			
	<input type="checkbox"/> 原発巣	原発巣と考えられる病変より採取した場合			
	<input type="checkbox"/> 転移巣	転移巣と考えられる病変より採取した場合			
具体的な採取部位※	<input type="checkbox"/> 不明	上記に該当しない場合			
	<input type="checkbox"/> 脊髄	<input type="checkbox"/> 乳腺	<input type="checkbox"/> 腎	<input type="checkbox"/> 皮膚	* 左記より選択 「脊髄」～「原発不明」のうち、該当する部位が存在する場合は、「その他」は使用しないこと。  その他の場合、詳細記載。 全角換算でおおむね100文字まで入力可能。
	<input type="checkbox"/> 脳	<input type="checkbox"/> 食道	<input type="checkbox"/> 腎盂	<input type="checkbox"/> 骨	
	<input type="checkbox"/> 眼	<input type="checkbox"/> 胃	<input type="checkbox"/> 副腎	<input type="checkbox"/> 筋肉	
	<input type="checkbox"/> 口腔	<input type="checkbox"/> 十二指腸乳頭部	<input type="checkbox"/> 膀胱	<input type="checkbox"/> 軟部組織	
	<input type="checkbox"/> 咽頭	<input type="checkbox"/> 十二指腸	<input type="checkbox"/> 尿管	<input type="checkbox"/> 腹膜	
	<input type="checkbox"/> 喉頭	<input type="checkbox"/> 小腸	<input type="checkbox"/> 前立腺	<input type="checkbox"/> 髄膜	
	<input type="checkbox"/> 鼻・副鼻腔	<input type="checkbox"/> 虫垂	<input type="checkbox"/> 精巣	<input type="checkbox"/> 骨髄	
	<input type="checkbox"/> 唾液腺	<input type="checkbox"/> 大腸	<input type="checkbox"/> 陰茎	<input type="checkbox"/> リンパ節/リンパ管	
	<input type="checkbox"/> 甲状腺	<input type="checkbox"/> 肛門	<input type="checkbox"/> 子宮体部	<input type="checkbox"/> 末梢神経	
	<input type="checkbox"/> 肺	<input type="checkbox"/> 肝	<input type="checkbox"/> 子宮頸部	<input type="checkbox"/> 血液	
	<input type="checkbox"/> 胸膜	<input type="checkbox"/> 胆道	<input type="checkbox"/> 卵巣/卵管	<input type="checkbox"/> 原発不明	注) 2020/10/05 システム改修により、「皮下」は削除、「軟部組織」に含める。  詳細:
	<input type="checkbox"/> 胸腺	<input type="checkbox"/> 脾	<input type="checkbox"/> 膣	<input type="checkbox"/> その他 	


項目※ Liquid CDxの場合、上表内の項目名※に色のついた箇所は入力不要

検体採取日 (非腫瘍組織)	/ /	NCC OncoPanel、F1 Liquid CDxの場合は入力必須 (F1 CDxでは記入不要) * がん遺伝子パネル検査のために提出した非腫瘍組織(血液)を採取した日 (yyyy/mm/dd) * 腫瘍組織の再提出を行い、非腫瘍組織の再提出を行わない場合は、再提出した検体情報の本項目には予め提出した非腫瘍組織の採取日を入力する * 未来日入力も可能だが、その場合は採取後に必ず実際の採取日を入力する事
解析不良の有無	<input type="checkbox"/> なし	がん遺伝子パネル検査のために提出した検体について解析が成功した場合
	<input type="checkbox"/> あり	がん遺伝子パネル検査のために提出した検体について解析に不良があった場合
解析不良の理由	<input type="checkbox"/> 腫瘍DNA量的不良	腫瘍組織から採取した検体のDNA量が不足している場合
	<input type="checkbox"/> 腫瘍DNA質的不良	腫瘍組織から採取した検体のDNAが劣化しているなど品質が保持されていない場合
	<input type="checkbox"/> 正常DNA量的不良	非腫瘍組織から採取した検体のDNA量が不足している場合
	<input type="checkbox"/> 読取深度不足	シーケンスを行う回数が不足している場合
	<input type="checkbox"/> コンタミ疑い	他の組織など目的検体以外の物質が混入した場合
	<input type="checkbox"/> 正常検体不一致	非腫瘍組織から採取した検体が一致しない場合
	<input type="checkbox"/> その他	上記 1～8に該当しない理由による解析不良の場合。
	<input type="checkbox"/> 不明	解析不良だが、その理由が不明な場合

登録ID: EC_ _ _ _ _	カルテID:	患者氏名:
-------------------	--------	-------

## 【2】C-CAT患者背景情報 入力項目

C-CAT患者背景情報の入力の際に必要な項目の一覧です。全項目が記入されていることをご確認ください。

病理診断名			* 病理診断名 : <b>英語表記で記載</b> (病理診断書に記載されている名の英語半角表記を推奨) * 病理組織診断を行ったが確定に至らない場合は、「疑い」をつけて入力 * FI Liquid CDx検査において、 病理組織診断未実施の場合は、「未確定」「未実施」「不明」いずれか入力 * 全角換算でおおむね100文字まで入力可能。					
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うち、「がん」と診断する根拠となった検査が行われた日 ( yyyy/mm/dd )						
喫煙歴有無 (含: 喫煙年数、1日の本数)		} 遺伝コーディネーターが聴取し、別紙へ記載。別紙確認。						
アルコール多飲の有無								
ECOG PS			* がん遺伝子パネル検査に対する検体提出時 (直近の来院) の患者のPS (0・1・2・3・4・不明から選択) * <b>必ずカルテにもご記載ください。</b>					
重複がん有無 (異なる臓器)	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> 不明	* 登録時までにおいて、患者から採取した腫瘍組織に異なる臓器の重複がんがあるか否か <b>【◆重複がんの定義】</b> は各種定義の記載を参照してください。						
重複がん部位 * 登録時まで、患者から採取した腫瘍組織異なる臓器からの重複がんが確認された場合、その部位。 * 第1階層は必須入力	<input type="checkbox"/> 中枢神経系	<input type="checkbox"/> 甲状腺	<input type="checkbox"/> 小腸	<input type="checkbox"/> 副腎	<input type="checkbox"/> 卵巣/卵管	<input type="checkbox"/> 髄膜	その他  <input type="checkbox"/> 詳細:	
	<input type="checkbox"/> 脳	<input type="checkbox"/> 肺	<input type="checkbox"/> 虫垂	<input type="checkbox"/> 膀胱	<input type="checkbox"/> 陰	<input type="checkbox"/> 骨髄系		
	<input type="checkbox"/> 眼	<input type="checkbox"/> 胸膜	<input type="checkbox"/> 大腸	<input type="checkbox"/> 尿管	<input type="checkbox"/> 皮膚	<input type="checkbox"/> リンパ系		
	<input type="checkbox"/> 口腔	<input type="checkbox"/> 胸腺	<input type="checkbox"/> 肝	<input type="checkbox"/> 前立腺	<input type="checkbox"/> 皮下	<input type="checkbox"/> 末梢神経系		
	<input type="checkbox"/> 咽頭	<input type="checkbox"/> 乳	<input type="checkbox"/> 胆道	<input type="checkbox"/> 精巣	<input type="checkbox"/> 骨	<input type="checkbox"/> 原発不明		
	<input type="checkbox"/> 喉頭	<input type="checkbox"/> 食道	<input type="checkbox"/> 脾	<input type="checkbox"/> 陰茎	<input type="checkbox"/> 筋肉	<input type="checkbox"/> 詳細:		
	<input type="checkbox"/> 鼻・副鼻腔	<input type="checkbox"/> 胃	<input type="checkbox"/> 腎	<input type="checkbox"/> 子宮体部	<input type="checkbox"/> 軟部組織			
	<input type="checkbox"/> 唾液腺	<input type="checkbox"/> 十二指腸乳頭部	<input type="checkbox"/> 腎盂	<input type="checkbox"/> 子宮頸部	<input type="checkbox"/> 腹膜			
	重複がん活動性	<input type="checkbox"/> 活動性	* 重複がん確認された場合、重複がんの原発部位活動性 <b>【◆重複がんの活動性定義】</b> は各種定義の記載を参照してください。					
<input type="checkbox"/> 非活動性								
<input type="checkbox"/> 不明								
多発がん有無 (同一臓器)	<input type="checkbox"/> なし	* 登録時までにおいて、患者に多発がんが確認できたか否か <b>【◆多発がんの定義】</b> は各種定義の記載を参照してください。						
	<input type="checkbox"/> あり							
	<input type="checkbox"/> 不明							
多発がん活動性	<input type="checkbox"/> 活動性	* 多発がん確認された場合、その活動性 <b>【◆多発がんの活動性定義】</b> は各種定義の記載を参照してください。						
	<input type="checkbox"/> 非活動性							
	<input type="checkbox"/> 不明							
家族歴有無	<input type="checkbox"/> なし	* 登録時までにおいて、患者家族に過去にがんが診断されているか否か 詳細は遺伝コーディネーターが聴取し、別紙へ記載。別紙確認。						
	<input type="checkbox"/> あり							
	<input type="checkbox"/> 不明							

登録ID: EC_ _ _ _ _	カルテID:	患者氏名:
-------------------	--------	-------

### 【3-3】C-CATがん種情報（食道・胃・腸） 入力項目

C-CATがん種情報の入力の際に必要な項目の一覧です。全項目が記入されていることをご確認ください。

登録時転移		
登録時転移の有無	<input type="checkbox"/> なし	登録時点で転移がない場合
	<input type="checkbox"/> あり	登録時点で転移がある場合（再発が転移である場合は、「あり」を選択 する）
	<input type="checkbox"/> 不明	上記に該当しない場合
登録時転移の部位	<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 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"/> 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	
* 登録時に転移を認める部位。複数選択可能。確認できた範囲のすべてを選択する。		

がん種固有(食道・胃・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の検査結果	
KRAS-type	<input type="checkbox"/> codon12	<input type="checkbox"/> codon13	<input type="checkbox"/> codon59	<input type="checkbox"/> codon61	* KRAS陽性の場合、type	
	<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		* KRASの検査方法	
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の検査結果	
NRAS-type	<input type="checkbox"/> codon12	<input type="checkbox"/> codon13	<input type="checkbox"/> codon59	<input type="checkbox"/> codon61	* NRAS陽性の場合、type	
	<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		* NRASの検査方法	
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+)	* HER2の検査結果	
	<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	* EGFR (IHC) の検査結果	
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	* BRAF (V600) の検査結果	

患者氏名：

## 【4】がんゲノム医療 C-CAT薬物療法（治療開始～現在まで）

当該腫瘍に対して実施された化学療法やホルモン療法すべてをご記載ください。

※レジメンが複数ある場合はこの用紙をコピーしてご記載ください。

レジメン内容 No. \_\_\_\_（\* No. \_\_\_\_には数字をご記載ください。）

治療方針	治療	<input type="checkbox"/> 企業治験		<input type="checkbox"/> 該当しない	治験薬単剤の場合				治験（治験薬単剤）の場合	
	治療以外	<input type="checkbox"/> 医師主導治験		<input type="checkbox"/> 該当する	治験薬の他に、既承認薬を併用					
治療ライン		<input 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 type="checkbox"/> 術後補助療法	<input type="checkbox"/> 根治	<input type="checkbox"/> 緩和	<input type="checkbox"/> その他	*各種定義の記載を参照下さい			
実施施設		<input type="checkbox"/> 自施設	<input type="checkbox"/> 他施設	*「自施設」＝群馬県立がんセンター、「他施設」＝群馬県立がんセンター以外						
レジメン名	例) TC療法				・一般的に普及している略称名（アルファベット 半角） ・承認薬併用治療の場合は「治療」自動入力（編集不可）				治験（承認薬併用）の場合↓ここに記載  レジメン内容変更情報	
薬剤①	薬剤名（一般名）/（商品名）	例) nab-パクリタキセル	例) アブラキサン点滴静注100mg	・治療ライン毎に該当する薬剤の「一般名」「商品名」をどちらもご記入下さい *投与経路（ <b>経口/静注/筋注/貼付</b> 等）がわかるように記載して下さい						
薬剤②	薬剤名（一般名）/（商品名）	例) ドキソルビシン	例) アドリアシン注用50	・C-CAT入力時は、C-CATシステムに登録されたマスタより検索し、該当する薬剤の商品名を選択する。						
薬剤③	薬剤名（一般名）/（商品名）	例) S-1	例) TS-1配合カプセルT25	*投与開始後に変更情報がある場合はご記載ください。 例) ①2コース目より75mg/m <sup>2</sup> →60mg/m <sup>2</sup> へ変更 ②3コース目よりAUC6→5へ変更						
薬剤④	薬剤名（一般名）/（商品名）			* 治験の場合は記入不要						
薬剤⑤	薬剤名（一般名）/（商品名）									
投与開始日	/ /		* 薬物療法を実施した 最初の薬剤投与日 （yyyy/mm/dd） <b>治療方針に関わらず入力必須</b>							
投与終了日	/ /		* 薬物療法を実施し、投与終了となった場合の 最後の薬剤投与日 （yyyy/mm/dd）							
	<input type="checkbox"/> 継続中	* 現時点で薬物療法が継続している場合。投与終了日を入力した場合は選択を外す。								
終了理由	<input type="checkbox"/> 計画通り終了	<input type="checkbox"/> 無効中止	<input type="checkbox"/> 副作用等で中止	<input type="checkbox"/> 本人希望により中止	<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 type="checkbox"/> SD	<input type="checkbox"/> PD	<input type="checkbox"/> NE	*各種定義の記載を参照下さい				
非血液毒性Grade3以上の有害事象の有無	<input type="checkbox"/> Grade3以上なし	治療開始後に発生した有害事象（「CTCAE v5.0」目安として非血液毒性Grade3以上） <b>* 非血液毒性の事象のみ記載</b>								
	<input type="checkbox"/> Grade3以上あり									
	<input type="checkbox"/> 不明									
有害事象①	発現日	注：有害事象が Grade3以上に到達した日ではなく、Grade3以上となった有害事象が発現した日を入力								
	CTCAEv5.0名称日本語					* 日本語表記の事象名				
	CTCAEv5.0最悪Grade	<input type="checkbox"/> Grade3	<input type="checkbox"/> Grade4	<input type="checkbox"/> Grade5	<input type="checkbox"/> 不明	*各種定義の記載を参照下さい				
有害事象②	発現日	注：有害事象が Grade3以上に到達した日ではなく、Grade3以上となった有害事象が発現した日を入力								
	CTCAEv5.0名称日本語					* 日本語表記の事象名				
	CTCAEv5.0最悪Grade	<input type="checkbox"/> Grade3	<input type="checkbox"/> Grade4	<input type="checkbox"/> Grade5	<input type="checkbox"/> 不明	*各種定義の記載を参照下さい				
有害事象③	発現日	注：有害事象が Grade3以上に到達した日ではなく、Grade3以上となった有害事象が発現した日を入力								
	CTCAEv5.0名称日本語					* 日本語表記の事象名				
	CTCAEv5.0最悪Grade	<input type="checkbox"/> Grade3	<input type="checkbox"/> Grade4	<input type="checkbox"/> Grade5	<input type="checkbox"/> 不明	*各種定義の記載を参照下さい				

治療（治療薬のみ）

項目

についてご記載下さい

治療（承認薬併用）

項目

項目

についてご記載下さい

治療以外

項目

項目

項目

全項目について記載して下さい