

紹介施設カルテID：	患者氏名：
------------	-------

【1】C-CAT症例基本情報 入力項目

C-CAT登録の際に必要な項目の一覧です。太枠内の項目をすべてご記載ください。

患者基本登録

※カルテID・担当医名は群馬県立がんセンターで記載

患者識別ID	病院番号	カルテID (10桁)	EP依頼先病院名	国立がん研究センター中央病院
	029	0000	出検病院名	群馬県立がんセンター
性別	<input type="checkbox"/> 男性 <input type="checkbox"/> 女性 <input type="checkbox"/> 未入力・不明	出検病院での担当医師名		
生年月日	西暦 / /	yyyy/mm/dd	担当医の名前を入力	
年齢	歳	* 生年月日・登録日より自動算出、入力不要		
これまでの登録の有無	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり⇒過去の登録ID 【 】 <input type="checkbox"/> 不明			
小児がん等	<input type="checkbox"/> 該当しない <input type="checkbox"/> 該当する			

なし：登録時に同一患者に本システムでの過去がない場合

あり：登録時に同一患者に本システムでの過去の登録がある場合。

☐重複癌：重複がんにおいてそれぞれ同一施設で「がん遺伝子パネル検査」を実施する場合。

☐前医からの転院フォロー：「がん遺伝子パネル検査」を実施した施設から転院し経過をフォローする場合。

☐前医実施後再検査：同一患者、同一がん種に対し別の施設で「がん遺伝子パネル検査」を再検査する場合。

がん種情報

《がんが発生した組織（以下「原発組織」という）、診断名又は病理診断名》

がん種区分

※転移性腫瘍の場合も第1階層は原発組織

第1階層	(必須)
第2階層	
第3階層	
第4階層	

遺伝子パネル検査を行うがんが発生した組織（以下「原発組織」という）、診断名又は病理診断名。

・腫瘍組織検体の場合は提出する検体に関する病理診断名に基づいたがん種区分。

・血液検体の場合は、血液採取時点に存在する腫瘍の臨床診断名・病理診断に基づいたがん種区分。

当院ホームページ資料⑪がん種別ワークシートのZipファイル内にある「がん種区分がん種リスト」

より診断名を選択して第1階層～第4階層の記載欄に記載してください。

第1階層は記載必須。第2階層以降は病理組織診断の詳細情報があれば記載してください。

* 原発部位不明の場合は第1階層「Other」を選択し、その選択肢より第2階層以降を選択

* * LiquidCDx 検査で組織診断が未実施の場合は第1階層のみ入力する

原発臓器	遺伝子パネル検査を行うがん種の原発臓器	《C-CAT検体情報へ入力》
ICD-10コード	* がん腫区分で『軟部組織』『原発不明』の場合、ICD-10も必ず記載してください（*定義集より選択）	

同意情報

* 同意書の写しを手元に用意し、同意日・3項目全ての同意を確認して入力してください。

同意日	/ /	yyyy/mm/dd	※群馬県立がんセンターで記載
同意項目	・直接特定できない形にした情報やゲノムデータ等を「がんゲノム情報管理センター」へ提供することについて	<input type="checkbox"/> 同意する	
	・がんに関する遺伝の情報（遺伝性腫瘍）の情報提供について	<input type="checkbox"/> 同意する	
	・「がんゲノム情報管理センター」に提供された情報・ゲノムデータ等を、厳格な審査を経て学術研究や医薬品等の開発目的での利用を希望する第三者に提供すること。提供の意思を撤回される場合、それ以降の利用を停止します。すでに利用されているデータは削除できません。	<input type="checkbox"/> 同意する	

登録情報

* 自動発番される番号を書き取ってください。

※群馬県立がんセンターで記載

登録ID	E C _ _ _ _ _ _ _ _ (EC+数字8桁)
------	-------------------------------

登録ID: EC_ _ _ _ _	群馬県立がんセンター カルテID	患者氏名:
-------------------	---------------------	-------

【2】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。**太枠内の項目のみご記載ください。**

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 * 当院で選択しますので、記載不要です。	<input type="checkbox"/> NCC OncoPanel	* がん遺伝子パネル検査名を選択 当院で提出できる検査種別を表示。いずれかを選択。			
	<input type="checkbox"/> GenMineTOP				
	<input type="checkbox"/> F1 CDx (組織)				
	<input type="checkbox"/> F1 Liquid CDx (血液)				
	<input type="checkbox"/> G360CDx				
検体識別番号	029 (群馬県立がんセンターで記載)				* C-CAT患者識別ID (029+群馬県立がんセンターのカルテ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	<input type="checkbox"/> 新鮮凍結	* がん遺伝子パネル検査のために提出した病理検体の保存方法		
	<input type="checkbox"/> 末梢血		* 末梢血: 『Liquid CDx』、『G360CDx』検査時のみ選択		
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 * 『その他』は、選択肢に該当する部位がない場合、かつ『原発不明』以外の場合に選択して下さい。その他の場合、具体的な部位を記載。(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"/> 膈	<input type="checkbox"/> その他	

項目※ 『Liquid CDx』、『G360CDx』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、G360CDx、GenMineTOP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 <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が成功した場合 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 * 解析不良の理由は、出検後エキスパートパネル開催までに入力	<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_ _ _ _ _

群馬県立がんセンター カルテID:

患者氏名:

【3-1】C-CAT患者背景情報 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。**太枠内の項目のみご記載ください。**

病理診断名			* 腫瘍組織を用いる場合： 提出検体に関する病理診断名を 英語表記で記載 (病理診断書記載の英語半角表記を推奨) * 病理診断が未確定の場合： 『未確定』または『～がん疑い』と入力 * 原発不明がんの場合： 『原発不明がん』と入力 《C-CAT検体情報へ入力》
臨床診断名			病理診断の有無に関わらず、腫瘍組織や血液を用いるリキッドバイオプシー用検体の採取時点の臨床診断名
診断日	/ / (yyyy/mm/dd)	* 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 (必ずしも病理診断日を指しません、ご注意ください) ◆ 診断日の定義を参照ください	
ステージ分類 (該当ステージに○)	初回治療前	<input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> I <input type="checkbox"/> II <input type="checkbox"/> III <input type="checkbox"/> IV <input type="checkbox"/> 該当せず <input type="checkbox"/> 不明	当該がん種の診断後、初回治療前の診断時におけるステージ分類
	遺伝子パネル検査 提出検体採取時	<input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> I <input type="checkbox"/> II <input type="checkbox"/> III <input type="checkbox"/> IV <input type="checkbox"/> 該当せず <input type="checkbox"/> 不明	遺伝子パネル検査に提出する検体を採取した時点のステージ分類
喫煙歴有無 (含：喫煙年数、1日の本数) アルコール多飲の有無 } チェックシートの_家族歴_生活習慣記載用紙へ記載いただく。			
ECOG PS	※群馬県立がんセンターで記載		* 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) * 必ずカルテにもご記載ください。
重複がん有無 (異なる臓器)	<input type="checkbox"/> なし	* 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 【◆ 重複がんの定義・活動性の定義 】は各種定義の記載を参照してください。 ↓ 重複がん「あり」の場合、下記へ詳細を記載してください。	
	<input type="checkbox"/> あり		
	<input type="checkbox"/> 不明		
重複がん詳細	重複がん1	重複がん2	重複がん3
重複がん部位	* 「がん種区分がん種リスト」より選択、第1階層は入力必須		
病理診断名			
活動性	<input type="checkbox"/> 活動性 <input type="checkbox"/> 非活動性 <input type="checkbox"/> 不明	<input type="checkbox"/> 活動性 <input type="checkbox"/> 非活動性 <input type="checkbox"/> 不明	<input type="checkbox"/> 活動性 <input type="checkbox"/> 非活動性 <input type="checkbox"/> 不明
発症年齢	歳	歳	歳
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 【◆ 多発がん・活動性の定義 】は各種定義の記載を参照してください。 ↓ 多発がん「あり」の場合、下記へ詳細を記載してください。	
	<input type="checkbox"/> あり		
	<input type="checkbox"/> 不明		
多発がん詳細	多発がん1	多発がん2	多発がん3
活動性	<input type="checkbox"/> 活動性 <input type="checkbox"/> 非活動性 <input type="checkbox"/> 不明	<input type="checkbox"/> 活動性 <input type="checkbox"/> 非活動性 <input type="checkbox"/> 不明	<input type="checkbox"/> 活動性 <input type="checkbox"/> 非活動性 <input type="checkbox"/> 不明
発症年齢	歳	歳	歳
家族歴有無	* 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 詳細はチェックシートの_家族歴_生活習慣記載用紙へ記載いただく。		
既知の遺伝性疾患 の有無	<input type="checkbox"/> なし	「あり」の場合 ◆ 定義集の疾患名一覧 より選択して記載してください。	既知の遺伝性疾患名
	<input type="checkbox"/> あり		
	<input type="checkbox"/> 不明		

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	<div><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</div> <div><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</div> <div><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</div> <div><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</div> <div><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</div> <div><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</div> <div><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</div>	
* 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。		

登録ID: EC_ _ _ _ _	群馬県立がんセンター カルテID:	患者氏名:
-------------------	-------------------	-------

【4-4】C-CATがん種情報（肝） 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。下記の全項目が記入されていることをご確認ください。

がん種固有(固形がん共通)

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or未検査	* NTRK1/2/3融合遺伝子の検査結果
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	* NTRK1/2/3融合遺伝子の検査方法
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or未検査	* マイクロサテライト不安定性の検査結果
検査方法	<input type="checkbox"/> MSI検査キット (FALCO)		<input type="checkbox"/> F1 CDx	<input type="checkbox"/> G360CDx	* マイクロサテライト不安定性の検査方法
	<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欠損	<input type="checkbox"/> pMMR (正常)	<input type="checkbox"/> dMMR (欠損)	<input type="checkbox"/> 判定不能	<input type="checkbox"/> 不明or未検査	* ミスマッチ修復機能欠損の検査結果
検査方法	<input type="checkbox"/> ペンタナOptiView 2抗体(MSH6、PMS2)			<input type="checkbox"/> その他	* ミスマッチ修復機能欠損の検査方法
	<input type="checkbox"/> ペンタナOptiView 4抗体(MSH2、MSH6、MLH1、PMS2)			<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or未検査		* 腫瘍遺伝子変異量の検査結果
検査方法	<input type="checkbox"/> F1 CDx	<input type="checkbox"/> その他	<input type="checkbox"/> 不明		* 腫瘍遺伝子変異量の検査方法

がん種固有(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	* 「がん遺伝子パネル検査」に対する検体提出直近のHBsAgの検査結果
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	* 「がん遺伝子パネル検査」4に対する検体提出直近のHBs抗体の検査結果
HBV-DNA (* 非必須)		測定値には単位を記載。半角30文字まで入力可能。 小数点以下入力可能。 検査結果に「1%未満」のような文字が含まれている場合、「<1」のように入力する。			* 「がん遺伝子パネル検査」に対する検体提出直近のHBV-DNAの検査結果
HCV抗体	<input type="checkbox"/> 低 <input type="checkbox"/> 中 <input type="checkbox"/> 高 <input type="checkbox"/> 不明or未検査	* 定性検査のみを実施した場合は、右記基準で入力	低 : 陰性 (定性の－) 中 : 境界 (定性の＋－) 高 : 陽性 (定性の＋) 不明 or 未検査 : 検査歴不明or未検査		* 「がん遺伝子パネル検査」をに対する検体提出直近のHCV抗体の検査結果
HCV-RNA (* 非必須)		測定値には単位を記載。半角30文字まで入力可能。 小数点以下入力可能。 検査結果に「1%未満」のような文字が含まれている場合、「<1」のように入力する。			* 「がん遺伝子パネル検査」に対する検体提出直近のHCV-RNAの検査結果

患者氏名：

【5-1】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。） 下記の全項目が記入されていることをご確認ください。

治療方針	治療	<input type="checkbox"/> 企業治験	承認薬併用治験への該当	<input type="checkbox"/> 該当しない	既承認薬を併用しておらず、治験薬のみの場合			治験（治験薬単剤）の場合
	治験以外	<input type="checkbox"/> 医師主導治験		<input type="checkbox"/> 該当する	治験薬の他に、既承認薬を併用する治験の場合			
		<input type="checkbox"/> 先進医療	<input type="checkbox"/> 患者申出療養	<input type="checkbox"/> 保険診療	<input type="checkbox"/> その他			
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"/> 群馬県立がんセンター	<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（ガイドライン等への記載名称） ・半角英数字で記載 ・承認薬併用治験の場合は「治験」自動入力（編集不可）				治験（承認薬併用）の場合→ここに迄記載
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	・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（経口/静注/筋注/貼付等）がわかるように記載して下さい ・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。 * 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 ² →60mg/m ² 変更 ②3コース目よりAUC6→5へ変更 * 治験の場合は記入不要				
薬剤②	薬剤名（一般名）/（商品名）	例) ドキソルピシン	例) アドリアシン注用					
薬剤③	薬剤名（一般名）/（商品名）	例) S-1	例) TS-1配合カプセル					
薬剤④	薬剤名（一般名）/（商品名）							
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） * 治療方針に関わらず入力必須					
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	
最終総合効果	<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	
増悪確認日	/ /		総合効果判定で『進行(PD)』を確認した日。* 終了理由で「無効中止」を選択した場合に記入。					
非血液毒性Grade3以上の有害事象の有無	<input type="checkbox"/> Grade3以上なし <input type="checkbox"/> Grade3以上あり <input type="checkbox"/> 不明		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） * 非血液毒性の事象のみ記載 * 「あり」の場合、有害事象①②③へ発現日・事象名・最悪Gradeを記載して下さい。					
有害事象①	発現日	/ /		注：Grade3以上となった有害事象が発現した日を入力		<input type="checkbox"/> 中止に至った有害事象	注：終了理由で「副作用で中止」を選択した場合、チェック	
	有害事象名（CTCAEv5.0）	* 日本語表記の事象名						
	最悪Grade（CTCAEv5.0）	<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：Grade3以上となった有害事象が発現した日を入力		<input type="checkbox"/> 中止に至った有害事象	注：終了理由で「副作用で中止」を選択した場合、チェック	
	有害事象名（CTCAEv5.0）	* 日本語表記の事象名						
	最悪Grade（CTCAEv5.0）	<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：Grade3以上となった有害事象が発現した日を入力		<input type="checkbox"/> 中止に至った有害事象	注：終了理由で「副作用で中止」を選択した場合、チェック	
	有害事象名（CTCAEv5.0）	* 日本語表記の事象名						
	最悪Grade（CTCAEv5.0）	<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		
中止に至った有害事象		<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 不明		* 血液毒性および非血液毒性Grade1、2で中止に至った有害事象があれば「あり」を選択し、①②③へ有害事象名・最悪Gradeを記載して下さい。				
①	有害事象名（CTCAEv5.0）	* 日本語表記の事象名						
	最悪Grade（CTCAEv5.0）	<input type="checkbox"/> Grade1	<input type="checkbox"/> Grade2	<input type="checkbox"/> Grade3	<input type="checkbox"/> Grade4	<input type="checkbox"/> Grade5	<input type="checkbox"/> 不明	
②	有害事象名（CTCAEv5.0）	* 日本語表記の事象名						
	最悪Grade（CTCAEv5.0）	<input type="checkbox"/> Grade1	<input type="checkbox"/> Grade2	<input type="checkbox"/> Grade3	<input type="checkbox"/> Grade4	<input type="checkbox"/> Grade5	<input type="checkbox"/> 不明	
③	有害事象名（CTCAEv5.0）	* 日本語表記の事象名						
	最悪Grade（CTCAEv5.0）	<input type="checkbox"/> Grade1	<input type="checkbox"/> Grade2	<input type="checkbox"/> Grade3	<input type="checkbox"/> Grade4	<input type="checkbox"/> Grade5	<input type="checkbox"/> 不明	

治験以外の場合→すべて記載